

TC.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK VE YETİŞKİNLİK ÇAĞI CİNSEL
SALDIRILARININ ADLİ TIBBİ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.HAMZA ŞEKER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. SADIK TOPRAK

ZONGULDAK
2019

TC.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK VE YETİŞKİNLİK ÇAĞI CİNSEL
SALDIRILARININ ADLİ TIBBİ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.HAMZA ŞEKER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. SADIK TOPRAK

ZONGULDAK
2019

TEZ ONAY TUTANAĞI

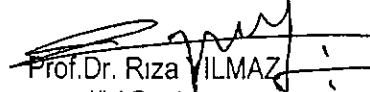
Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

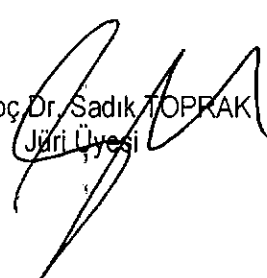
Tez Başlığı : Çocukluk ve Yetişkinlik Çağı Cinsel Saldırıların Adli Tıbbi Değerlendirilmesi

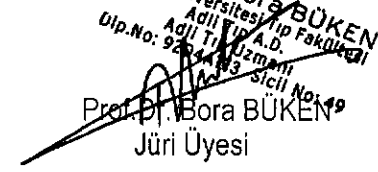
Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Hamza ŞEKER

Tez Savunma Tarihi : 17/07/2018

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Sadık TOPRAK


Prof. Dr. Rıza YILMAZ
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Sadık TOPRAK
Jüri Üyesi


Prof. Dr. Bora BÜKEN
Jüri Üyesi
Büzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp A.B.D.
Uzm. Dr. Bora BÜKEN
Ulp.No: 923443 Sicil No: 49

UYGUNDUR



ÖNSÖZ

Uzmanlık tezimi sunmadan önce, uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamda gerek adli tıbbi bilgi ve tecrübelerini, gerekse diğer konularda desteklerini benden esirgemeyen, zor zamanlarımda yanımda olduklarını hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. Sadık TOPRAK hocama ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Rıza YILMAZ hocama en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Anabilim Dalı'ndaki tüm Araştırma Görevlisi arkadaşlarıma, birlikte çalışmış olduğum tüm meslektaşlarıma, saygılarımı sunarım.

Ayrıca beni bugünlere getiren anneme ve babama, bu çalışmada ve uzmanlık eğitimim boyunca daima yanımda olan, sevgisini ve ilgisini hiçbir zaman eksik etmeyen biricik eşim Feyza hanımefendiye teşekkürü borç bilirim.

Dr. Hamza ŞEKER

Zonguldak, 2019

ÖZET

Hamza Şeker, Çocukluk ve Yetişkinlik Çağı Cinsel Saldırılarının Adli Tıbbi Değerlendirilmesi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2019

Amaç: Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD'na 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 tarihleri arasında, bir cinsel saldırı iddiası ile başvuran kişilerin sosyodemografik verilerini, harici fizik, genital ve/veya anal bölgenin makroskopik muayene bulgularını, konsültasyon ve laboratuvar sonuçlarının literatür eşliğinde tartışılmasını amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD'na 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 tarihleri arasında, bir cinsel saldırı iddiası ile başvuran kişilerin sosyodemografik verileri, harici fizik, genital ve/veya anal bölgenin makroskopik muayene bulguları, konsültasyon ve laboratuvar sonuçları olgu veri formu ile toplanarak çocukluk ve yetişkinlik çağı gruplarında karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 19.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 156 vakanın az sayıda erkek daha çok kadınlardan ve çocuklardan, çoğunluğu bekâr, genellikle çekirdek aile yapısına sahip kişilerden oluştuğu görülmüştür. Şüphelilerin ise hepsinin erkek cinsiyetinde, genellikle mağdur ile duygusal bağı olan “sevgilisi” ve tanıdığı kişiler olduğu ve cinsel şiddet olaylarının çoğunlukla mağdurun evi dışında mekânlarda gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Sonuç; Cinsel şiddet mağdurları, yardımcı sağlık personeli ile birlikte, alanında eğitim almış, işin uzmanı kişiler tarafından, yapılandırılmış uygun muayene ortamında, örnek alma, fotoğraflama ve gerekli konsültasyonları da içerecek şekilde donanımlara sahip merkezlerde değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Cinsel Şiddet, Cinsel İstismar, Cinsel Saldırı, Genital Bulgular, Anal Bulgular, Makroskopik Muayene Bulguları, Sosyodemografik Veriler.

ABSTRACT

Hamza Şeker, Forensic Medical Assessment; Sexual Attacks of Childhood and Adulthood, Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Forensic Medicine Specialization Thesis, Zonguldak 2019.

Aim; This is a retrospective study aimed to discuss the sociodemographic data, physical and anogenital examination macroscopic findings, consultation and laboratory results of patients admitted to Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between December 2010 and June 2011 in the light of literature.

Method: The applicants with a claim of sexual assault to Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between January 1, 2012 and December 31, 2017, sociodemographic data, external physics, genital and / or anal region macroscopic examination findings, consultation and laboratory results data were collected by the data form and compared in childhood and adulthood groups. Statistical analysis was performed using SPSS 19.0 software.

Findings: The 156 cases that include to this study were determined as a small number of males, mostly females and children, mostly single, with a core family structure. It was found that the assailants were all of male, generally the victim's "lover" and known by the victim and that sexual violence incidents occurred mostly outside the victim's home.

Results: Victims of sexual violence should be assessed by specialists trained in the field, together with the assistant health personnel, in centers equipped with equipment, including sampling, photography and necessary consultations, in the structured appropriate examination environment.

Keywords: Sexual Violence, Sexual Abuse, Sexual Attack, Genital Findings, Anal Findings, Macroscopic Examination Findings, Sociodemographic Data.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tanımlar.....	3
2.1.1. Şiddet nedir?.....	3
2.1.2. Cinsel şiddet nedir?.....	5
2.2. Çocuk Hakları ve Tarihçesi.....	6
2.2.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS).....	7
2.3. Kanunlarda Cinsel Şiddetin Yeri.....	8
2.3.1. Türk Ceza Kanunu (TCK).....	8
2.3.2. Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK).....	12
2.4. Cinsel Şiddet Mağdurlarının Adli Makamlara Başvurması ve Muayenesi....	12
2.4.1. Adli makamlara başvurma ve adli bildirim.....	12
2.4.2. Yasalarda iç beden muayenesinin yeri.....	13
2.4.3. Muayene nasıl yapılmalı?.....	15
2.4.4. Himen tipleri.....	17
2.4.5. Himen muayenesi.....	17
2.4.6. Himen laserasyonları ve doğal çentiklerin ayrımı.....	18
2.4.7. Anal muayene.....	19
2.4.8. Lezyon tipleri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	29
6. SONUÇ.....	44
7. KAYNAKLAR.....	45
8. EKLER.....	55
8.1. Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CMK	Ceza Muhakemesi Kanunu
CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV/AIDS	İnsan bağışıklık sistemi yetmezliği virüsü / edinilmiş immün yetmezlik sendromu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
WHO	World Health Organization

TABLO DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1: Mağdurlara ait sosyodemografik veriler.....	23
Tablo 2: Yetişkin mağdurların eğitim-cinsiyet açısındanincelenmesi.....	24
Tablo 3: Mağdurların cinsiyet açısından yaş ortalamaları.....	24
Tablo 4: Mağdurlara ait genel tıbbi durum.....	25
Tablo 5: Aile içi şiddet.....	25
Tablo 6: Şiddet türleri ve sıklıkları.....	26
Tablo 7: Saldırgan-mağdur yakınlık derecesi.....	26
Tablo 8: Saldırının gerçekleştiği yer.....	27
Tablo 9: Saldırının gerçekleşme şekli ve saldırıya aitbulguların lokalizasyonu.....	27
Tablo 10: Mağdurun rızasının varlığı.....	27
Tablo 11: Olay ile muayene arasında geçen sürelerin yetişkin ve çocuklarda karşılaştırılması.....	28

ŒEKİL DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
Œekil 1: KiŒilerarası Œiddet ve Œiddet eŒitleri.....	4

1. GİRİŞ

Cinsel şiddet dünyadaki bütün ülkeleri, bütün kültürleri, toplumun her kesimini cinsiyet gözetmeksizin ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemidir. Uluslararası araştırmalarda, dünya genelinde kadınların yaklaşık % 20'sinin ve erkeklerin % 5-10'unun çocukken cinsel şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü cinsel şiddet kılavuzuna göre; ülkelerde yapılan yerel çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda, dünya çapında her beş kadından birinin yaşamı boyunca partneri tarafından tecavüz girişimine veya tamamlanmış bir tecavüze uğradığı ve kadınların neredeyse üçte birinin ilk cinsel tecrübelerini cinsel istismara uğramak suretiyle yaşadıkları belirtilmektedir. Kurbanların büyük çoğunluğu kadınlar olmasına rağmen, erkekler ve her iki cinsiyetten de çocuklar cinsel şiddet görmektedir (3).

Cinsel şiddet; istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE'ler), bağışıklık sistemi yetmezliği virüsü/edinilmiş immün yetmezlik sendromu (HIV/AIDS) ve riskli cinsel alışkanlıklar benimseme ihtimalinin artması (ör. Erken cinsel uyarımın artması sonucu sık, kontrolsüz ve çok partnerli cinsel ilişkilere maruz kalma) gibi çok sayıda üreme ve cinsel sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Cinsel şiddet sonucu oluşan zihinsel sağlık problemleri de ciddi ve uzun süreli kötü sonuçlar doğurabilir. Örneğin, cinsel istismar kurbanı olan çocuklar, depresyon, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve yaşamın ilerleyen yıllarında, şiddete maruz kalmayan akranlarına oranla daha fazla intihar eğiliminde bulunma gibi kötü sonuçlarla karşılaşmaktadırlar (3).

Cinsel saldırı mağdurlarının olay sonrasında ilk başvurdukları birimler genellikle polis merkezleri veya jandarma karakollarıdır. Sağlık mensupları tarafından tespit edildiği durumlarda ise adli bildirim yapılarak adli süreç başlatılabilir. Bu sürecin gereği olarak bulguların kaydedilmesi veya biyolojik delillerin toplanması amacıyla adli muayeneye gönderilmektedirler.

Çalışmamızda cinsel saldırı iddiasıyla Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim dalına başvuran çocuk ve yetişkin olgular arasındaki farkların ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Cinsel şiddet, dünya genelini ilgilendiren bir halk sağlığı problem olarak birçok ülke tarafından araştırmalar ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. ABD(Amerika Birleşik Devletleri) Adalet Bakanlığı Ulusal Suçla Mağduriyet Araştırması'na göre, her yıl cinsel saldırı ve tecavüze maruz kalan 200.000'den fazla kişi mevcuttur (4). Çocuklar ve ergenler, cinsel saldırılara karşı toplumun en savunmasız kesimidir (5). Kamerun, Karayipler, Peru, Yeni Zelanda, Güney Afrika ve Tanzanya gibi farklı ülkelerde yapılan nüfus tabanlı araştırmalarda yüksek oranda cinsel şiddet saptandığı bildirilmiştir. Bu araştırmalara göre, ergenlik çağındaki kızların% 9-37'sinin ve ergenlik çağındaki erkeklerin% 7-30'unun, aile üyeleri, öğretmenler, erkek arkadaşlar veya yabancılar tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı, cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (3).

Çocuklara yönelik cinsel istismar sıklığı tüm dünyada hızla artmaktadır. 2006 yılında sadece ABD'de yaklaşık 80.000 çocuk cinsel istismara uğramıştır (6). Yapılan bir araştırmada tüm tecavüz mağdurlarının % 50'si 18 yaşından küçük, % 16'sı 12 yaşından küçüktür (7). Bir başka çalışmada ise 12 ve 17 yaşları arasındaki kız ergen nüfusun 5 te Tinin cinsel saldırıya uğradığı, 16-19 yaşları arası grubun ise diğer yaş gruplarına göre 4 kat daha fazla cinsel saldırıya uğrama ihtimali bulunduğu bilinmektedir (8). Çoğu vakada kurban ve suçlular birbirini tanımaktadır. Cinsel saldırıların 4 te 3'ünde mağdurlar saldırganın kim olduğunu bildiklerini söylemektedir (9). Bu endişe verici istatistiklere rağmen, cinsel saldırıların gerçek insidansı bilinmemektedir çünkü cinsel saldırı vakalarının yaklaşık % 50'si rapor edilmemektedir (10).

Türkiye'de çocuklara yönelik cinsel şiddet ile ilgili toplumun genelini yansıtan yeterli araştırma olmamakla birlikte bu oranın %9-18 arasında olduğu tahmin edilmektedir (11). Aktepe ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada, cinsel istismar nedeni adli rapor istemi ile başvuran 18 yaş altı 80 olgudan %78,7' 'sinin kız olduğu (12), Gökçe İmren ve arkadaşlarının 2013 tarihinde yaptığı çalışmada cinsel istismar nedeni adli rapor istemi ile başvuran 18 yaş altı 157 olgunun %83,4' 'ünün kız olması, çocukluk çağında en sık kız çocuklarının cinsel şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır (13).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda cinsel şiddetin en sık kadınlara ve çocuklara, daha az erkeklere yönelik olduğu, kadınlara yönelik cinsel şiddetin %6,2 ile %85,2 arasında değiştiği açıklanmaktadır. Örneğin Erbek, Eradamlar, Beştepe, Akar ve Alpkan’ın 2004 yılında şiddet sebebi ile uzman birimlere başvuran kişiler ve toplumdan şiddet gerekçesi ile herhangi bir kuruma başvurmamış kontrol grubu olarak alınan kişilerin, kadına yönelik şiddet açısından karşılaştırıldığı çalışmasında kadınların cinsel şiddete maruz kalma oranlarının %6,2 olduğu (17), Muğla’da 2008 yılında yapılan çalışmada Adli Tıp Şubesine şiddet nedeniyle başvuran 218 kadın olgunun %17’sinin cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (15). Tanrıverdi ve Şıpkın’ın 2008 yılında yaptığı çalışmada Çanakkale ilinde sağlık ocaklarına başvuran 366 kadın ile yüz yüze yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerde kadınların %56,8 inin; aşırı kıskançlık, aşırı şüphecilik, kadının cinsel ihtiyaçların göz ardı edilmesi, duygusal baskı ile cinsel ilişkiye zorlanmak, cinsel performansın küçümsenmesi, cinsel yokluğu ceza olarak kullanmak, tecavüz edilmek cinsel ilişki sırasında sadist davranışlara maruz kalmak sureti ile cinsel şiddet yaşadığı tespit edilmiştir (16). Tokdemir, Deveci ve Açık’ın 2003 te yaptığı çalışmada ise eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların tecavüze maruz kalma oranlarının %85,2 olduğu ve kadınların neredeyse tamamının, eşleri tarafından istemediği cinsel davranışlara maruz kalmasının ve tecavüze uğramasının bir şiddet olduğunu bilmedikleri, bunu aile içi mahrem olarak nitelendirmeleri sebebi ile sakladıkları anlaşılmaktadır (14).

2.1. Tanımlar

2.1.1. Şiddet nedir?

Dünya genelinde önemli bir toplumsal sorun olan şiddetin sözlük anlamından (“Sertlik, katı ve kaba davranış, bedene zor uygulama, bedensel zedelenmeye neden olma, kişisel özgürlüğü zor yoluyla kısıtlama, büyük güç, haşinlik, rahatça gelişmesini ya da tamamlanmasını engellemek üzere bazı doğal süreçlere, alışkanlıklara yersiz kısıtlamalar getirme...”) da anlaşılacağı üzere, şiddet sadece

fiziksel olarak değil sözel, ekonomik, duygusal ve cinsel şiddet olmak üzere pek çok farklı davranış şekilleri ile karşımıza çıkabilir (18).

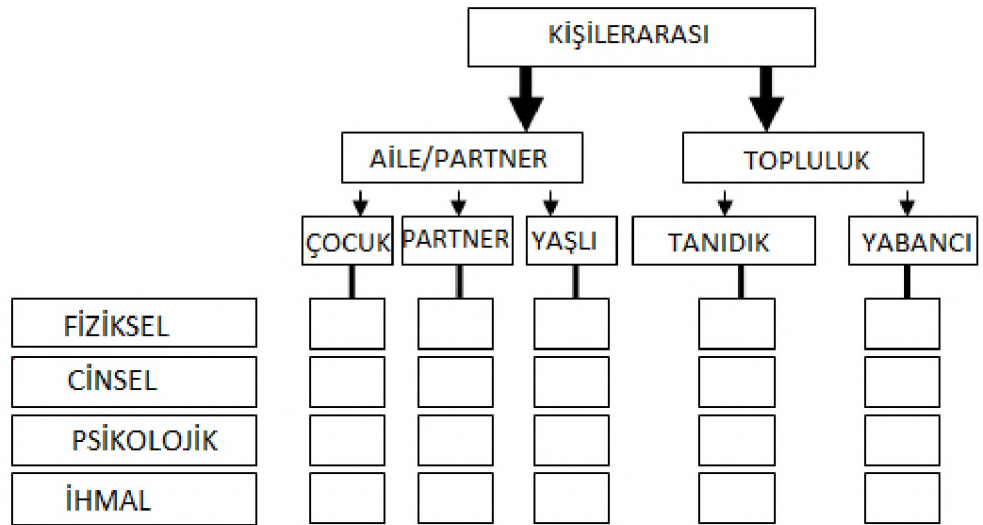
Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise şiddeti “fiziksel güç veya iktidarın, kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda, maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlamakta ve aynı zamanda, şiddeti oluşturan etmenler ve şiddet çeşitleri arasındaki etkileşimlerin anlaşılabilmesi için şiddeti iki farklı açıdan ele alarak sınıflamaktadır;

1. Uygulanma şekline göre;

- a) fiziksel şiddet,
- b) cinsel şiddet,
- c) psikolojik saldırı ve
- d) ihm al/mahrumiyet

2. Mağdur-fail ilişkisine göre;

- a) kişinin kendisine yönelik şiddet,
- b) kişiler arası şiddet (aile içi (çocuk, partner, yaşlı)), toplumdan (tanıdık, yabancı)),
- c) kolektif şiddet (toplumsal, politik, ekonomik) olmak üzere üç alt tipe bölmektedir (19).



Şekil 1. Kişilerarası şiddet ve şiddet çeşitleri (19).

2.1.2. Cinsel şiddet nedir?

Şiddetin bir alt türü olan ve aynı zamanda araştırma konumuz olan cinsel şiddeti tanımlayacak olursak; kendi rızası dışında veya yaşının küçüklüğü, akıl hastalığı vb. herhangi bir nedenle rızası kabul edilmeyen bir kişinin başkaları tarafından fiziksel güç kullanılarak, tehdit edilerek, korkutularak, hile veya kandırılmak suretiyle cinsel olarak suistimal edilmesi, başkalarının cinsel yönelimlerinin hedefi olarak cinsel içerik taşıyan, cinsel doyumunu amaçlayan (sözel, dokunsal, görsel (pornografi) vb.) davranışlara maruz kalmasıdır. Cinsel şiddetin en ağır şekli bir kişinin rızası dışında vücuduna (oral, vajinal ya da anal), organ ya da sair bir cismin penetrasyonu ile cinsel saldırıya maruz bırakılması olan tecavüzdür (15, 21, 22).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre cinsel şiddet; “mağdurun rızası olmadan, baskı kullanılarak ya da rızasının kabul edilemeyeceği durumlarda (uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında, zihinsel özürlü olmak gibi) herhangi bir cinsel hareket veya girişimde bulunarak veya cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarara uğratılması” olarak tanımlanmaktadır (3).

DSÖ'nün 1999 da yayınladığı Çocuk İstismarını Önleme Konsültasyonunda (1999 WHO Consultation on Child Abuse Prevention), çocuk cinsel istismarını “bir çocuğun tam olarak idrak edemediği, gelişimsel olarak hazır olmadığı için bilgilendirilmiş olsa dahi onayı kabul edilemeyecek yaşlarda, kanunlara veya toplumun ahlak kurallarına uymayan, cinsel eylemler içinde yer alması” olarak tanımlanmaktadır. Çocuk cinsel istismarı, bir çocuk ile bir yetişkin arasında olabileceği gibi yaş veya gelişimsel olarak kendisinden daha büyük bir çocuk arasında da gerçekleşebilmektedir (3). Çocuk mağdur ile arasında en az 6 yaş fark olan büyük bir bireyin, cinsel doygunluk için, çocuğa karşı her türlü cinsel içerikli davranışı, cinsel şiddet olarak kabul edilir (1, 2).

Cinsel şiddetin alt tipleri;

- 1- Temas İçermeyen: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik, pornografik materyallerin gösterilmesi, cinsel ilişkiye veya mastürbasyona tanıklık ettirme,
- 2- Cinsel Amaçlı Dokunma: Kurbanı dokunma veya kurbanın saldırganla dokunması için kurbanı zorlamayı içeren davranışlar,
- 3- Oral Seks: Penis veya benzeri bir cismin oral penetrasyonu,
- 4- İnterfemoral İlişki: Penetrasyonun olmadığı sürtünme,
- 5- Cinsel Penetrasyon: Penis veya benzeri bir cismin genital ve/veya anal penetrasyonu,
- 6- Cinsel Sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu olarak sıralanabilmektedir (20, 24).

2.2. Çocuk Hakları ve Tarihçesi

Çocuğu koruma, belirli bir özen ve ilgi gösterme, çocukların haklarının uluslararası ortamda korunması amacıyla bir örgütün gerekli olduğu düşüncesi ilk defa 19. yüzyıl başlarında ileri sürülmüştür. Bu doğrultuda çocukların, gençlerin ve annelerin korunması amacıyla gerçekleşen ilk resmi girişim 1912 yılında İsviçre’de yapılmış, buna benzer bir başka çalışma aynı sıralarda Belçika’da yer almıştır. Birinci Dünya Savaşı’nın 1914’de patlak vermesiyle bu girişimler askıda kalmıştır. Çocuk hakları uluslararası platformda ilk kez 1924 tarihli Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi’nde ifade edilmiştir. Çocukların yaşatılmalarının, gelişmelerinin ve korunmalarının uluslararası bağlamda ilk kez temel ilke olarak ele alındığı bu 5 maddelik bildirgeyi imzalayan devlet başkanları arasında genç Türkiye Cumhuriyeti’nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal de yer almıştır (25, 26, 27, 28).

Uluslararası iyi niyetin göstergesi olan bu çalışmalar ne yazık ki 1939’da ortaya çıkan İkinci Dünya Savaşı ile önce Milletler Cemiyeti’nin geçerliliğini yitirmesine ve buna bağlı olarak da Çocuk Hakları Bildirgesi’nin yalnızca bir kâğıt parçasından öteye gidememesine neden oldu. Daha sonra sırasıyla 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları

Bildirisi'nde, İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Medeni ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde (özellikle 23 ve 24'üncü maddelerinde), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Uluslararası Sözleşmede (özellikle 10'uncu maddesinde) tanındığı unutulmamalıdır (23).

Çocuk Haklarına dair Sözleşme bugün Amerika Birleşik Devletleri, Somali ve Güney Sudan dışında 193 ülke tarafından onaylanmış durumdadır. Türkiye Sözleşmeyi 14 Eylül 1990'da imzalayarak o zamanki Cumhurbaşkanı Turgut Özal 30 Eylül 1990'da New York'ta toplanan Çocuk Zirvesi'ne katılmıştır. Çocuk Haklarına dair Sözleşme 10 Aralık 1994'de TBMM tarafından kabul edilmiş ve Bakanlar Kurulu bu kararı 23.12.1994'de, 17, 29 ve 30. Maddelerine çekince koyarak (T.C. Anayasası ve 24 Temmuz 1923 tarihli Lozan anlaşması hükümlerini göz önünde tutarak) 4058 sayılı yasa ile onaylamış, Yasa 27 Ocak 1995 gün ve 22184 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye böylelikle Sözleşme 'de 'Taraf Devlet' konumuna gelmiştir (23, 25, 26, 27, 28).

2.2.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)

Birleşmiş milletlere üye her ülke için geçerli, çocukları cinsel şiddetten koruyacağına inanılan hususlar Çocuk Hakları Sözleşmesinin 34. maddesinde; "Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle:

- a. Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
- b. Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulmasıyla sömürülmesini;
- c. Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar." olarak yer almaktadır (23).

2.3. Kanunlarda Cinsel Şiddetin Yeri

2.3.1. Türk Ceza Kanunu (TCK)

Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) amacı, yine kanunun ilk maddesinde "kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak ve suç işlenmesini önlemektir. Kanunda, bu amacın gerçekleştirilmesi için ceza sorumluluğunun temel esasları ile suçlar, ceza ve güvenlik tedbirlerinin türleri düzenlenmiştir" olarak tanımlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek için de; bireylere karşı işlenen cinsel saldırı tarzında suç türleri ve uygulanacak ceza, TCK'nda alt bölümler halinde düzenlenmiştir (29).

İşkence; Madde 94.- (1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi hâlinde, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Cinsel saldırı; Madde 102.- (1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır. (3) Suçun; a) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, b) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, c) Üçüncü derece dahil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı, d) Silâhla veya birden fazla kişi tarafından birlikte, İşlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır. (4) Suçun işlenmesi sırasında mağdurun direncinin kırılmasını sağlayacak ölçünün ötesinde cebir kullanılması durumunda kişi ayrıca kasten yaralama suçundan dolayı cezalandırılır. (5) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on yıldan az olmamak üzere

hapis cezasına hükmolunur. (6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Çocukların cinsel istismarı; Madde 103.- (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden; a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar anlaşılır. (2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (3) (Değişik: 29.06.2005 - 5377/12 md.) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. (4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. (5) Cinsel istismar için başvuru için şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır. (6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on beş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. (7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girme girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Reşit olmayanla cinsel ilişki; Madde 104.- (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikâyet koşulu aranmaksızın, cezası iki kat artırılır.

Cinsel taciz; Madde 105.- (1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur. (2) (Değişik: 29.06.2005 - 5377/13 md.) Bu fiiller;

hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

Tehdit; Madde 106.- (1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Kişisel verilerin kaydedilmesi; Madde 135.- (1) Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye altı aydan üç yıla kadar hapis cezası verilir. (2) Kişilerin siyasi, felsefi veya dinî görüşlerine, irkî kökenlerine; hukuka aykırı olarak ahlâkî eğilimlerine, cinsel yaşamlarına, sağlık durumlarına veya sendikal bağlantılarına ilişkin bilgileri kişisel veri olarak kaydeden kimse, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

Yağma; Madde 148.- (1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden ya da malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından bahisle tehdit ederek veya cebir kullanarak, bir malı teslim veya malın alınmasına karşı koymamaya mecbur kılan kişi, altı yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Halk arasında korku ve panik yaratmak amacıyla tehdit; Madde 213.- (1) Halk arasında endişe, korku ve panik yaratmak amacıyla hayat, sağlık, vücut veya cinsel dokunulmazlık ya da malvarlığı bakımından alenen tehditte bulunan kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Hayâsızca hareketler; Madde 225.- (1) Alenen cinsel ilişkide bulunan veya teşhircilik yapan kişi, altı aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Müstehcenlik; Madde 226.- (1) a) Bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten, b) Bunların içeriklerini çocukların girebileceği veya görebileceği yerlerde ya da alenen gösteren, görülebilecek şekilde sergileyen, okuyan, okutan, söyleyen, söyleten,

(2) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri basın ve yayın yolu ile yayınlayan veya yayınlanmasına aracılık eden kişi altı aydan üç yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(3) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünlerin üretiminde çocukları kullanan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu ürünleri ülkeye sokan, çoğaltan, satışa arz eden, satan, nakleden, depolayan, ihraç eden, bulunduran ya da başkalarının kullanımına sunan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(4) Şiddet kullanılarak, hayvanlarla, ölmüş insan bedeni üzerinde veya doğal olmayan yoldan yapılan cinsel davranışlara ilişkin yazı, ses veya görüntüleri içeren ürünleri üreten, ülkeye sokan, satışa arz eden, satan, nakleden, depolayan, başkalarının kullanımına sunan veya bulunduran kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(5) Üç ve dördüncü fıkralardaki ürünlerin içeriğini basın ve yayın yolu ile yayınlayan veya yayınlanmasına aracılık eden ya da çocukların görmesini, dinlemesini veya okumasını sağlayan kişi, altı yıldan on yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

Fuhuş; Madde 227.- (1) Çocuğu fuhşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran, bu maksatla tedarik eden veya barındıran ya da çocuğun fuhşuna aracılık eden kişi, dört yıldan on yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu suçun işlenişine yönelik hazırlık hareketleri de tamamlanmış suç gibi cezalandırılır.

(2) Bir kimseyi fuhşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran ya da fuhuş için aracılık eden veya yer temin eden kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis ve üç bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Fuhşa sürüklenen kişinin kazancından yararlanılarak kısmen veya tamamen geçimin sağlanması, fuhşa teşvik sayılır.

(3) Fuhuş amacıyla ülkeye insan sokan veya insanların ülke dışına çıkmasını sağlayan kişi hakkında yukarıdaki fıkralara göre cezaya hükmolunur.

(4) Cebir veya tehdit kullanarak, hile ile ya da çaresizliğinden yararlanarak bir kimseyi fuhşa sevk eden veya fuhuş yapmasını sağlayan kişi hakkında yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.

(5) *Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan suçların, eş, üstsoy, kayın üstsoy, kardeş, evlât edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da kamu görevi veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır. (6) Bu suçların, suç işlemek amacıyla teşkil edilmiş örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır ” (30).*

2.3.2. Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)

Şüpheli veya sanığın beden muayenesi ve vücudundan örnek alınması; Madde 75, diğer kişilerin beden muayenesi ve vücuttan örnek alınması; Madde 76, kadının muayenesi; Madde 77 - (1) Kadının muayenesi, istemi halinde ve olanaklar elverdiğinde bir kadın hekim tarafından yapılır,

Tutuklama Nedenleri; *Madde 100- a. (3) Aşağıdaki suçların işlendiği hususunda kuvvetli şüphe sebeplerinin varlığı halinde, tutuklama nedeni var sayılabilir ((5)). Cinsel saldırı (birinci fıkra hariç, Madde 102), ((6)). Çocukların cinsel istismarı (Madde 103)" maddeleri yer almaktadır (31).*

2.4. Cinsel Şiddet Mağdurlarının Adli Makamlara Başvurması ve Muayenesi

2.4.1. Adli makamlara başvurma ve Adli Bildirim

Cinsel şiddete maruz kalmış kişiler veya çocuklar, maruz kaldıkları eylem sonrası doğrudan kendilerinin adli makamlara başvurması sonucu soruşturma sürecinin başlayabileceği gibi olaydan haberdar olan bilinçli aile, akraba, komşu, tanıdık, öğretmen veya sağlık hizmeti aldıkları sağlık görevlilerinin adli bildirim aracılığı ile de soruşturma süreci başlatılabilmektedir.

Adli bildirim; kamu görevlilerinin bir suçun işlendiğine dair bulgu veya bilgiyi edinmeleri sonrası ilgili adli mercilere bildirilmesidir. Adli bildirim yapılmazsa kamu görevlisinin alacağı ceza TCK'n da “*Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi Madde 279.- (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.*” olarak yer almakla birlikte Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi durumunda alacakları ceza TCK Madde 280'de; “*(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır*” olarak yer almaktadır (30).

2.4.2. Yasalarda iç beden muayenesinin yeri

Cinsel şiddete maruz kalmış mağdurların adli makamlar aracılığı ile getirilmesi, iç beden muayenesinin yapılması ve delil toplamak amacıyla vücudundan kan vb. biyolojik örnek alınmasına yönelik düzenleme Ceza Muhakemesi Kanunu Madde 76 da; “*Diğer Kişilerin Beden Muayenesi Ve Vücuttan Örnek Alınması Madde 76 - (Değişik madde: 25/05/2005-5353 S.K./3.mad) (1) Bir suça ilişkin delil elde etmek amacıyla, mağdurun vücudu üzerinde dış veya iç beden muayenesi yapılabilmesine veya vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tükürük, tırnak gibi örnekler alınabilmesine; sağlığını tehlikeye düşürmemek ve cerrahî bir müdahalede bulunmamak koşuluyla; Cumhuriyet savcısının istemiyle ya da re'sen hâkim veya mahkeme, gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde Cumhuriyet savcısı tarafından karar verilebilir. Cumhuriyet savcısının kararı, yirmi dört saat içinde hâkim veya mahkemenin onayına sunulur. Hâkim veya mahkeme, yirmi dört saat içinde kararını verir. Onaylanmayan kararlar hükümsüz kalır ve elde edilen deliller kullanılamaz.*”

(2) Mağdurun rızasının varlığı halinde, bu işlemlerin yapılabilmesi için birinci fıkra hükmüne göre karar alınmasına gerek yoktur. (3) Çocuğun soy bağının araştırılmasına gerek duyulması halinde; bu araştırmanın yapılabilmesi için birinci fıkra hükmüne göre karar alınması gerekir. (4) Tanıklıktan çekinme sebepleri ile muayeneden veya vücuttan örnek alınmasından kaçınılabılır. Çocuk ve akıl hastasının çekinmesi konusunda kanunî temsilcisi karar verir. Çocuk veya akıl hastasının, tanıklığın hukukî anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olması hâlinde, görüşü de alınır. Kanunî temsilci de şüpheli veya sanık ise bu konuda hâkim tarafından karar verilir. Ancak, bu hâlde elde edilen deliller davanın ileri aşamalarında şüpheli veya sanık olmayan kanunî temsilcinin izni olmadıkça kullanılamaz” olarak açıklanmakla birlikte (31), CMK 76 da anlatılan usullere uygun olarak yapılmayan muayeneler sonucunda verilecek ceza Türk Ceza Kanunu Madde 287’de “Genital muayene Madde 287.- (1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmazolarak açıklanmaktadır (31).

2.4.3. Muayene nasıl yapılmalı?

Hazırlık; Cinsel saldırı mağduru olduğu iddiası ile gönderilen ve iç beden muayenesi yapılmasına karar verilen olguların muayenesi, mağdurun bedensel ve ruhsal açıdan büyük bir travmaya uğramış olması nedeni ile büyük bir önem ve özen gerektirmektedir. Dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan bir tanesi muayeneye başlamadan önce cinsel istismar için özel olarak düzenlenmiş ve kullanılmakta olan cinsel saldırı formları hazır edilerek tüm bilgi ve bulguların bu formlara kaydedilmesi gerekliliğidir. Böylelikle gerekli bilgi ve bulgular unutulmadan kaydedilebilecektir (32, 34, 35, 36, 37, 38).

Anamnez; Erişkin bireylerin, kendisini daha rahat hissedebilmesi için mümkünse hemcinsi olan bir görevli ile birlikte toplamda en fazla 3 kişi olacak şekilde muayene edilebilir. Özellikle çocuk mağdurların muayenesinde ensest vb. şüpheli durumlar haricinde ailesinden yetişkin bir kişi (özellikle annesi) ile birlikte muayene edilmesi gerekebileceği unutmamalıdır (39). Muayene öncesinde olaya ait öykünün alınması esnasında, kişiye muayenenin öneminden bahsedilerek, gerekli bilincin ve psikolojik alt yapının oluşturulması muayene için daha uygun, fiziksel bulguların daha net değerlendirildiği bir ortam sağlayacaktır. Kişinin sosyodemografik bilgilerinin doldurulması sonrasında bilinç durumu, psikolojik durumu, boy kilo ölçümü, sağlık özgeçmişi gibi genel tıbbi durumu hakkında tanımlayıcı notlar alınmalı, saldırıya ait öykü kişinin anlattığı ifadelerle kaydedilmelidir (32). Olay hakkında olabildiğince detaylı bilgi alınmalı, olay zamanı, gerçekleştiği yer, adli mercilere bildirim ne zaman yapıldığı, elbiseleri yıkayıp yıkamadığı, değiştirip değiştirmediği, saldırganın ait bilgiler, saldırgan sayısı, olay sayısı (kaç kez olduğu), saldırıda ejakülasyon olup olmadığı, oldu ise nerelere bulaştığı, saldırının tipi vajinal, oral veya anal ilişki olup olmadığı, saldırganın mağdura ait hangi vücut bölgelerine dokunduğu (kulak, ense, memeler vb. kısımlara ağzın temas edip etmediği), cinsel ilişkiyi hangi pozisyonda gerçekleştirdiği, saldırgan ya da mağdurun olay öncesinde, sırasında veya sonrasında korunup korunmadığı (kondom, oral kontraseptif, vajinal duş), olaydan sonra yıkanıp yıkanmadığı ya da vücudunun bazı kısımlarını yıkayıp yıkamadığı, dış ve iç elbiselerini değiştirip değiştirmediği, saldırıdan önce en son ne zaman rıza ile cinsel

ilişkide bulunduğu ve en son ne zaman büyük abdestini yaptığı, kişide anogenital hastalık olup olmadığı sorulmalıdır (40, 41).

Fizik muayene süreci sırasıyla, kişinin harici beden muayenesi, iç beden muayenesi, saldırgana ait olabilecek biyolojik materyallerin ve delillerin toplanması olarak tamamlanmaktadır. Muayene için gerekli pozisyonların kişiye uygun bir dille anlatılarak uygulanması, bulguların kaydedilmesi ve biyolojik delillerin toplanması için büyük önem arz etmektedir. Saldırı sonrası erken dönemde iç beden muayeneye gönderilen mağdurların varsa genel beden ve anogenital yaralanmalarının tanısı, gebelik değerlendirmesi ve profilaksisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanımlanması, tedavisi ve/veya karşı profilaksi uygulanması gerektiği unutulmamalıdır (33). Muayene başlamadan önce hazırlanmış olan beyaz kâğıt ya da beyaz çarşaf üzerinde kıyafetlerin çıkarılması delil niteliği taşıyan, saldırgana ait biyolojik örneklerin toplanmasına olanak sağlayacaktır. Kişinin çıkarttığı elbiseler, özellikle erken muayeneye gelen vakalarda biyolojik delil araştırılması amacıyla kişiden muayene sırasında elde edilen diğer örnekler ile birlikte savcılığa gönderilmek üzere görevliye gerekli teslim/tesellüm tutanağı düzenlenerek teslim edilmelidir. Deliller kâğıt torba içerisinde muhafaza edilmeli, ıslak ise kurutulmalıdır. Aksi takdirde ıslak materyallerin ve uzak laboratuvarlara gönderilen materyallerin plastik torbada küflenebileceği unutulmamalıdır (42).

Genital Muayene: muayeneye dış genital organlara inspeksiyonla başlanmalıdır. Labium majus ve minusta eritem, lazserasyon, dış izi, sıyrıklar ve ekimoz alanları tespit edilebilir. Bu bölgenin biyolojik materyal (semen, kan ve kıl gibi) açısından bir büyüteç ile incelenmesi önerilmektedir. Genital muayene sırasında tespit edilen bulgular ayrıntılı bir şekilde okunaklı olarak kaydedilmelidir.

Himen: dış genital yapılar, labium majus ve labium minus, sırasıyla geçildikten sonra üçüncü bir sınır olarak karşımıza çıkan vajen girişini kısmen(tipik himen) veya tamamen(atipik; imperfore himen) kapatan yaklaşık 1cm ila 3cm içeride yer alan, 1 mm kalınlıkta mukozal tipte bir yapı olup erişkinde sıklıkla halka ya da yarımay şeklinde görülmektedir. Himen kendisinde mevcut birçok farklı özelliğe göre sınıflandırılabilir (32, 36, 45).

2.4.4. Himen tipleri

A) Şekline göre;

a-Tipik; Himen annularis, Himen semilunaris, Himen labialis

b-Atipik; Deliksiz (imperfore), Kalbur (kribriiform), Köprü şeklinde, Kupa kağıdı.

B) Karakter özelliğine göre;

a-Deliğin çapı; Çok küçük delikli, Orta boy delikli, Çok geniş delikli (Duhule müsait)

b-Serbest Kenar; Düz kenarlı İnce tırtıklı kenarlı (himen dentikulare), Derin çentikli loblu, Çiçek tacı şeklinde (himen corollaire), Saçaklı himen (himen frange), Katmerli himen.

C) Doku direncine göre;

a-Zayıf; Tül gibi ince,

b-Sağlam; Lifli (fibröz), Tendonumsu, Kıkırdağımsı

D) Elastikiyetine göre

a-Esnek olan

b-Esnek olmayan

2.4.5. Himen muayenesi

Litotomi pozisyonunda mümkünse jinekoloji masasına yatırılarak, kişinin her iki labium majus ve minusunun aynı anda 1/3 üst kısmından tutulması yavaşça yukarı, dışa ve öne doğru çekilmesi suretiyle vestibul ve vajinanın girişi ortaya çıkarılarak yapılabilir. Himenin bütünüyle kaidesi ve serbest kenarları değerlendirilebilecek şekilde açık bir hale getirilmesinden sonra incelemenin yapılması gerekir (41, 43).

Himen muayenesinde tarif edilmesi gereken bir dizi yapı vardır bunlar, himenin şekli, karakteri, açıklığı (çap/fehva “cm” cinsinden), kenarlarının özelliği (düzensiz/düzenli), direnci ve elastikiyeti, himende yırtık olup olmadığı, varsa eski mi yeni mi olduğu, yırtığın kaç adet olduğu, yırtığın boyu hakkında vajina duvarına kadar uzanıp uzanmadığı ve diğer travmatik bulguların olup olmadığı hususları tek

tek değerlendirildikten sonra tespit edilen bulgular saat kadranına göre tanımlanır. Himenin şekli ve yırtıkların durumu cinsel saldırı formunda şablon halinde mevcut ise bu kısma yoksa çizilebildiği kadarı ile kabaca şekil üzerinde gösterilmesi yararlı olacaktır (44, 45).

Litotomi pozisyonunda muayene edilen kişide tespit edilen himen laserasyonları, beraberindeki mevcut travmatik bulgular ile birlikte bulunduğu lokalizasyon saat kadranına göre belirtilerek tarif edilmelidir. Araştırmalarda himen laserasyonlarının en sık saat 5, 6 ve 7. kadranlar arasında görüldüğü bildirilmiştir (46, 34).

Normal şartlar altında himende oluşan yeni bir laserasyonun iyileşme süreci yara iyileşme süreci ile aynı niteliktedir. Travma sonrası yırtılan mukoza kızarıp, şişmekte ve ödemli görünüm almakta, üzerinde ekimoz oluşabilmekte ve bir miktar iltihaplanmaktadır. İnflamatuvar sürecin 3-4 gün devam ettiği, 5-6. güne doğru iltihabi durumun yavaş yavaş geçtiği, yırtılan parçaların birbiri ile birleşmeden serbest kalabileceği gibi bazı durumlarda kaideden itibaren kenara doğru bir kısmının skar dokusu bırakarak birleşebileceği, 7-8. günlerde vajina kenarına doğru çekildiği (fibriler yapıya sahip olanlarda skarlaşma, 8. günden sonra sedefi renk değişikliği) ve tamamen iyileştiği, 12. günden sonra ise yırtığın ne zaman oluştuğu hakkında ayırım yapılamayacağı ancak tekrarlayan vajinal ilişkiler, enfeksiyon gelişmesi, kişide yumuşak yara iyileşme sürecini etkileyebilecek hastalıklar vb. nedenlerle iyileşme süreci daha uzun sürebilmektedir (32, 44, 45, 47, 48, 49).

2.4.6. Himen laserasyonları ve doğal çentiklerin ayrımı

Laserasyonlar; travmaya maruz kalan yumuşak dokunun yırtılmasıdır. Künt bir travmaya bağlı oluşması nedeni ile yara “V” şeklinde keskin köşeli, düzensiz kenarlı, yeni bir lezyon ise sıklıkla kaideye uzanan beraberinde ekimoz, ödem, kanama vb. akut travmatik bulgular bulunabilen, eski bir lezyon ise nadiren kaideye uzanan yara iyileşme sürecinin bir sonucu olan sedefi renkte skar içeren, genellikle simetrik olan bir lezyonlardır (32, 44, 45, 47, 48, 49).

Konjenital / Doğal Çentikler; doğal gelişim sürecinin bir sonucu oluşması nedeniyle, oval ve düzgün kenarlı “U” şeklinde, genellikle asimetric, kısa olması nedeniyle kaideye uzanmayan, travmatik bulgular içermeyen, mukoza örtüsü olan yapısal çukurcuklardır (32, 44, 45, 47, 48, 49).

2.4.7. Anal Muayene

Anüs erkekte koksiks ucundan 20-25 mm, kadında 25-30 mm önde, perinenin arka kısmının ortasındadır. Dışa doğru 1 cm kadar uzanan rektum mukozası gözle görülen kılsız bölgeyi meydana getirdikten sonra cilt karakterini alarak perine cildi olarak devam eder. Cilt ile mukozanın birleştiği sınır, anüs deliği sınırını meydana getirir ve bu çizgiden itibaren dışa doğru uzanan kıllı cilt alanını meydana getirir. Anüs deliğinden kıllı bölgeye kadar anüs mukozasının hemen altında dış sfinkter kaslarının sıkıştırmasından dolayı mukoza katlantılarından meydana gelmiş birbirine paralel pililer görülür. Anüs deliğinden etrafa uzanan bu pililer anüsün çalıştığı durumda veya el ile yapılan muayene esnasında düzeliş kaybolurlar. Anüs bölgesi mukoza altı ter bezlerinden dolayı hemen daima nemlidir. Anüs cildi melanin pigmentini oldukça fazla ihtiva ettiğinden genellikle kişinin cilt renginden daha koyu renkte görülür (50, 51, 52).

Cinsel istismarın nitelikli olarak gerçekleşmesi olan bir kimsenin anüsüne organ veya sair bir cismin sokulması sureti ile anal penetrasyonun vuku bulması olayına hukuki dilde “fiili livata” denilmektedir. Gün ışığına yakın bir ışık altında yapılabilecek bir aydınlatma ortamında kişi, yan yatar pozisyonda, litotomi pozisyonunda veya sıklıkla kullanılan diz-dirsek pozisyonunda muayene edilebilir. Ve saptanan bulgular muayene pozisyonu belirtilerek saat kadranına göre kaydedilir (40, 44, 48).

Fiili livata açısından belli yaş sınırları vardır örneğin 7-8 yaşın altındaki çocuklarda, anal yapıyı oluşturan bağ ve kas dokularının büyüklüğü ve genişliği nedeniyle, travmatik lezyonlar olmaksızın normal boyutta ereksiyon halindeki penis veya benzeri bir cismin tam bir penetrasyonunu içeren fiili livata eyleminin gerçekleşmesi beklenmez. Cinsel saldırı sırasında mağdurun direnciyle orantılı

olarak travma belirtilerinin yaygınlığı ve ciddiyeti artar. Ancak ergenliğe ulaşma ile birlikte vücut gelişimi de hızlanarak bağ ve kas dokusunun büyüklüğü, esnekliği ve genişleme kapasitesi artar, 12-13 yaşından büyük kişilerde anüsün yapısal olarak büyüklüğünün ve esnekliğinin artması ile genişleyebilmesi sonucu hiçbir travmatik lezyon görülmeyebilir. Penis veya sair bir cismin yavaş, zor kullanılmadan, mağdurun tehdit veya hile yoluyla razı edildiği, kayganlaştırıcı madde kullanıldığı durumlarda penetrasyon gerçekleşmişse bile duhule dair hiçbir travmatik iz tespit edilmeyebilir. Erişkinlerde ise hiperemi, ekimoz, fissür ve laserasyon gibi travmatik lezyonlar, penis veya benzeri cismin penetrasyonuna direnç gösterme ve/veya penetrasyon zorla yapıldığında ortaya çıkabilir (32, 50).

2.4.8. Lezyon tipleri

Hiperemi (kızarıklık): Livata eyleminin patognomonik belirtisi olmayıp mekanik tahriş, kötü hijyen, paraziter enfeksiyon hastalıkları vb. nedenlerle de meydana gelebilmektedir. Buna benzer durumlar arasında ayrımın tıbben yapılamayacağı gibi tek başına delil olarak kabul edilmesi de mümkün değildir (53, 54).

Ekimoz (deri içi kanama): Penis veya sair bir cismin anüse kuvvetle uygulanması durumunda, mukozada meydana gelen lezyonlar olup özellikle küçük yaş grubundaki çocuklarda anüsü çepeçevre saracak boyutta mühür tarzında meydana gelebilir. Perianal pigmentasyon ve venöz konjesyona bağlı oluşan renk değişimi ile karıştırılmaması gerekmektedir (54, 55).

Fissür (makat çatlağı): travma sonrasında daha çok anüsün katlantılarına paralel uzanan hiperemi, ekimoz ve hemorajik zeminli birkaç mm uzunlukta mukozal çatlaklardır. Anal katlantılar ile karıştırılmamalıdır. Muayenede katlantılar düzeltilerek katlantı ile fissür ayrımı yapılmaya çalışılmalıdır. Birkaç adet fissür kötü hijyen, kronik kabızlık, kaşıma, paraziter enfeksiyon hastalıkları vb. nedenlerle oluşabilirken çok sayıda fissürün cinsel saldırı ihtimalini destekleyici bir bulgu olarak değerlendirilmelidir (55, 56).

Laserasyon (yırtık): Anal mukozada oluşan ve deride de tespit edilebilen kanamalı yırtıklardır. Etrafında ekimoz ve hemoraji görülebilir. Laserasyonlar derin ve geniş değillerse genelde 4-5 günde kapanabilir (52, 55).

Kronik fiili Livata: Anal mukozanın penis veya sair bir cisim ile çok sayıda travmatizasyonu sonucu oluşan fiili livata türüdür. Sfinkter tonusunun zayıflamasına bağlı anal dilatasyon, anüs mukozasının koyulaşma, pigment artışı ve anal katlantıların silinmesi daha önce oluşmuş ve iyileşmiş fissürlere ve/veya laserasyonlara bağlı sedefi renkte skar dokuları bulunabilir (40, 57).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD'na 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 tarihleri arasında, bir cinsel saldırı iddiası ile başvuran tüm hastalar dâhil edilmiştir. Söz konusu aralıkta toplam 156 sayıda hasta olduğu belirlenmiş ve tamamı çalışmaya dâhil edilmiştir.

Her bir hasta ile ilgili, dosya içeriğinde bulunan sosyodemografik veriler, hastanın hikayesi ve fizik muayene bulguları ile konsültasyon sonuçları toplanmıştır.

Veriler, student t, Mann Whitney U, ki kare ve Fisher kesin ki kare testleri ile SPSS 19.0 programında değerlendirilmiştir. Anlamlılık $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Çalışmamız, Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 31.01.2018 tarih ve 2018/3 numaralı toplantı kararı onayı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Adli Tıp Anabilim dalına başvuran ve adına adli rapor düzenlenmiş 18 yaş üstü ve 18 yaş altı cinsel şiddet mağduru toplam 156 vaka retrospektif olarak incelenerek araştırmaya dahil edilmiştir. Toplam 156 vakanın yaş ortalaması 17. 03±8.68 (min:2-max:46) olup 39'u (%25) 18 yaş üstü yetişkin, 117'si (%75) 18 yaş altı çocuk mağdurlardan oluşmaktadır. Vakalarımızın sosyodemografik verilerini Tablo 1'de incelediğimizde; mağdurların büyük çoğunluğu olan 134 (%85,9)ü kadın, 22'si (%14,1) erkek cinsiyetindedir. 117 çocuk mağdurun, 90'ı (%76,9) 16 yaş altında olmakla beraber, 27'si (%23,1) 16 ila 18 yaş arasındadır.

Vakaların medeni durumlarını Tablo 1'de incelendiğinde 18 yaş altı çocuk mağdurların 115'i (%98,3) bekâr, 2'si (%1,7) imam nikâhlı, 18 yaş üstü yetişkin mağdurların ise 17'si (%43,6) bekâr, 11'i (%28,2) dul (boşanmış ya da eşi vefat etmiş), 10'u (%25,6) yasal evli, 1'i (%2,6) imam nikâhlı olarak görülmektedir.

Tablo 1: Mağdurlara ait sosyodemografik veriler.

	Çocuk	Yetişkin
Cinsiyet*		
Erkek	17 (%14,5)*	5 (%12,8)*
Kadın	100 (%85,5)	34 (%87,2)
Medeni Hali		
Bekâr	115 (%98,3)	17 (%43,6)
Yasal Evli	0 (%0)	10 (%25,6)
İmam Nikâhlı	2 (%1,7)	1 (%2,6)
Dul	0 (%0)	11 (%28,2)
Aile yapısı		
Çekirdek	94 (%80,3)	29 (%74,4)
Bölünmüş	19 (%16,2)	10 (%25,6)
Yurtta	4 (3,4)	0 (%0)

*p=0,79

Aile yapısı çocuk vakalar için, çekirdek, bölünmüş (anne ve babası ayrı, anne veya babasından birisini kaybetmiş)ve yurttan kalan (çocuk esirgeme kurumu, sevgi evleri vb.) olmak üzere 3 gruba ayrılarak incelenmiştir. 117 çocuk mağdurun 94'ü (%80,3) çekirdek aile ortamında yaşayan, 19'u (%16,2) bölünmüş aile ortamında yaşayan, 4'ü (%3,4) yurttan kalan mağdurlardan yani çocuk esirgeme kurumu, sevgi evleri vb. kurumlarda kalan çocuklardan oluşmaktadır.

Tablo 2: Yetişkin mağdurların eğitim-cinsiyet açısından incelenmesi

	Eğitim ortalaması (yıl)	P
Kadın	8,41±2,855	0,23
Erkek	6,60±4,450	

Mağdurların eğitim durumları değerlendirildiğinde (Tablo 2) çocuk vakaların buldukları yaş ile eğitim durumları arasında doğrudan bir ilişki olması nedeni ile çocuk olgular bu açıdan incelenmemiştir. Yetişkinlerde ise cinsiyetler arasında istatistiki anlamlı fark olmadığı ($p=0,23$) görülmüştür.

Tablo 3: Mağdurların cinsiyet açısından yaş ortalamaları

	Çocuk	Yetişkin
Kadın	13,5±3,4	29,6±8
Erkek	9,7±4,4	25,6±5,5
p	0,003	0,19

Çocuklardaki yaş dağılımı değerlendirildiğinde, saldırıya uğrayan kız çocuklarının yaşları, erkek çocuklarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak yetişkinlerdeki istatistiki olarak anlamlı değildir.

Tablo 4: Mağdurlara ait genel tıbbi durum

	Çocuk	Yetişkin
Genel tıbbi durum		
Özürlülük*	30 (%25,6)	8 (%20,5)
Organik hastalık**	1 (%0,9)	3 (%7,7)
Psikiyatrik tanı***	31 (%26,5)	8 (%20,5)

*p=0,51 **p=0,04 *** p=0,45

Vakalarımızın genel tıbbi durumlarını Tablo 4'te 3 gruba ayırdık. İlk grubumuz fiziksel ya da zihinsel engele sahip özürlü sağlık kurulu raporu olan mağdurlar, ikinci grup kendisinde engellilik oluşturmayan organik hastalığa sahip olan mağdurlar ve son grupta psikiyatrik tanı almış olan mağdurlardan oluşmaktadır. 156 mağdurun; 30'u (%25,6) özürlü çocuklar, 8'i (%20,5) özürlü yetişkinler, 1'i (%0,9) organik hastalığı olan çocuk, 3'ü (%7,7) organik hastalığı olan yetişkinler, 31'i (%26,5) psikiyatrik tanı almış olan çocuklar, 8'i (%20,5) psikiyatrik tanı almış olan yetişkinlerden oluşmaktadır.

Tablo 5: Aile içi şiddet

	Çocuk	Yetişkin
Aile içi şiddet*	16 (% 13,8)	8 (%20,5)
Şiddeti uygulayan		
Anne	3 (%2,6)	0 (%0)
Baba	4 (%3,4)	0 (%0)
Ağabey	3 (%2,6)	0 (%0)
Diğer (üvey baba, üvey ağabey)	5 (%4,3)	0 (%0)
Eşi	0 (%0)	5 (%12,8)
İmam nikâhlı eşi	1 (%0,9)	3 (%7,7)

*p=0,13

Tablo 6: Şiddet türleri ve sıklıkları

	Çocuk	Yetişkin
Fiziksel şiddet	12 (%10,3)	6 (%15,4)
Cinsel şiddet	10 (%8,5)	4 (%10,3)
Psikolojik şiddet	6 (%5,1)	1 (%2,6)

Tablo 7: Saldırgan-mağdur yakınlık derecesi

	Çocuk	Yetişkin
Eşi*	3 (%2,6)	4 (% 10,3)
Eski eşi	0 (%0)	3 (%7,7)
Sevgili	41 (%35,0)	13 (%33,3)
Eski sevgili	0 (%0)	1 (%2,6)
Baba	5 (%4,3)	0 (%0)
Ağabey	2 (%1,7)	0 (%0)
Diğer akraba (2. ve 3. derece akraba ve üveyler)	18 (% 15,4)	2 (%5,1)
Tanıdığı kişi	35 (%29,9)	11 (%28,2)
Yabancı (tanımadığı ve fuhuş)	13 (%11,1)	5 (%12,8)

* Çocuk vakalarda imam nikâhlı olanlar “eşi” olarak tanımlanmıştır.

Tablo 8: Saldırının gerçekleştiği yer

	Çocuk	Yetişkin
Olay yeri		
Kendi evi	24 (%20,7)	9 (%23,1)
Diğer	92 (%79,3)	30 (%76,9)

Tablo 9: Saldırının gerçekleşme şekli ve saldırıya ait bulguların lokalizasyonu. *

	Çocuk	Yetişkin
Olay iddiası		
Vajinal	65 (%55,6)	26 (%66,7)
Anal	38 (%32,5)	17 (%43,6)
Taciz	16 (% 13,7)	4 (%10,3)
İnterfemoral	7 (%6,0)	1 (%2,6)
Oral	4 (%3,4)	0 (%0)
Olaya ait bulgu		
Vajinal	48 (%51,1)	22 (%66,7)
Anal	11 (%9,4)	7 (%17,9)
Haricen fiziksel	10 (%8,5)	18 (%46,2)

Tablo 10: Mağdurun rızasının varlığı*

	Çocuk	Yetişkin
Mağdur rızası		
Var	28 (%23,9)	6 (% 15,4)
Yok	89 (%76,1)	33 (%84,6)

* 15 yaş altı çocukların rıza durumu değerlendirilirken, yasal düzenlemelere dayanılarak, olay sırasındaki rızasının varlığına bakılmaksızın “rızası yok” olarak kabul edilmiştir.

Tablo 11: Olay ile muayene arasında geçen sürelerin yetişkin ve çocuklarda karşılaştırılması

	Çocuk	Yetişkin	P
Başvuru süresi	96,72±20,551	34,05±20,333	p=0,03

Vakalarımızın maruz kaldıkları saldırı sonrasında, olay ile başvurdukları sürelerini yetişkinler ve çocuklar açısından incelediğimizde, yetişkinlerin çocuklara göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde ($p=0,03$) daha kısa sürede başvurdukları görülmektedir.

5. TARTIŞMA

ABD Adalet Bakanlığı Ulusal Suçlarda Mağduriyet Araştırması'na göre, her yıl cinsel saldırı ve tecavüze maruz kalan 200.000'den fazla kişi mevcuttur. Çocuklar ve ergenler, cinsel saldırılara karşı toplumun en savunmasız kesimidir (4, 5).

Cinsel şiddet dünyadaki bütün ülkeleri, bütün kültürleri, toplumun her kesimini cinsiyet ve yaş gözetmeksizin ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemidir. Cinsel şiddet; istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE'ler), bağışıklık sistemi yetmezliği virüsü/edinilmiş immün yetmezlik sendromu (HIV/AIDS) ve riskli cinsel alışkanlıklar benimseme ihtimalinin artması ör. Erken cinsel uyarımın artması sonucu sık, kontrolsüz ve çok partnerli cinsel ilişkilere maruz kalma gibi çok sayıda üreme ve cinsel sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Örneğin, cinsel istismar kurbanı olan çocuklar; depresyon, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve yaşamın ilerleyen yıllarında, akranlarına oranla daha fazla intihar eğiliminde bulunma gibi kötü sonuçlarla karşılaşmaktadırlar (3).

Çalışmamız, Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 31.01.2018 tarih ve 2018/3 nolu toplantı kararı onayı ile yapılmıştır. Bu çalışma kesitsel bir çalışma olup Ocak 2012 - Aralık 2017 yılları arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Adli Tıp Anabilim dalına başvuran ve adına adli rapor düzenlenmiş, 18 yaş üstü ve 18 yaş altı cinsel şiddet mağduru olgular retrospektif olarak incelenerek veriler SPSS programı aracılığı ile kaydedilerek değerlendirilmiştir.

Çalışmamız, sadece Zonguldak ili ve çevresinden gelen vakalardan oluşması sebebi ile Türkiye genelini yansıtmamaktadır. Vakalarımızın tamamı adli merciler aracılığıyla, adli vaka başvurusu yapılmış kişilerden oluşması, cinsel şiddet açısından yeterli eğitim düzeyinin olmaması nedeniyle aile içinde cinsel şiddetin saklanması veya korkma, utanma gibi sebeplerle adli makamlara başvuru yapılmamasından dolayı gerçek sayı ve oranları göstermediği düşünülmektedir.

Çoğu Adli vakanın cinsel muayenelerinin, üniversite adli tıp anabilim dallarına ya da adli tıp şubelerine ulaşmadan önce devlet hastanesi kadın doğum ve hastalıkları veya çocuk cerrahisi bölümlerince en az bir kez muayene edildikten

sonra kesin kanaat oluşmaması sebebi ile ikinci veya üçüncü muayene için gönderilmesi, erişkinlerde olduğu gibi özellikle çocuk vakalarda muayeneye karşı tepki oluşmasını, muayene sırasında gerekli incelemenin yapılabilmesi için gereken şartların (kişinin muayene için motivasyonu ve inceleme için yeterli zaman) oluşmasını zorlaştırmakta hatta bazen engellemektedir. Bu gibi durumlarda makroskobik bulguların tamamı net olarak incelenememekle birlikte bulguların sayı ve niteliği tam olarak kaydedilememektedir.

Vakalarımızın % 86'sı kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 1). Yetişkinler ile çocuklar arasında cinsiyet dağılımı açısından bir fark olmadığı izlenmiştir. Her iki grupta da kadın cinsiyeti oranının belirgin yüksek olduğu görülmüştür. Bu konuda yapılmış çalışmalarda da benzer cinsiyet dağılımı olduğu görülmüştür. Örneğin, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çocuk istismarının sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, cinsel istismar olgularının çoğunluğunu (%56,8) kız çocuklarının oluşturduğu belirtilmektedir (58). Aktepe ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada, cinsel istismar nedenli adli rapor istemi ile başvuran 18 yaş altı 80 olgudan %78.7' sinin kadın cinsiyetinde olduğu (12), Gökçe İmren ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada cinsel istismar iddiası ile başvurusu yapılan 157 olgunun %83.4'ünün kadın olması, en sık kadın cinsiyetinin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymaktadır (13). Konya'da 2008 yılında cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan 275 çocuk olgunun değerlendirildiği bir çalışmada kız çocuklarının erkek çocuklarına göre 3,5 kat daha fazla cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (59). Dünya sağlık örgütü çalışanları tarafından İsviçre'de yapılan başka bir çalışmada da kız çocuklarının erkek çocuklarına göre 2,5-3 kat daha fazla cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (60). Ancak, erkek çocuklarda cinsel istismarın açığa vurulmasının daha az olabileceği de unutulmamalıdır (61).

Vakaların yaşlarını incelediğimizde; en küçüğü 2 yaşında cinsel istismara, en büyüğü 46 yaşında cinsel saldırıya maruz kaldığı tespit edildi. Çalışmamız ortalama insan ömrü olan 75-80 arası yaşlara kadarki tüm yılları kapsamamakla birlikte her yaşta cinsel şiddete maruz kalınabileceği görüşünü desteklemektedir. Çalışmaya alınan 156 olgunun yaş ortalaması 17.03 ± 8.68 (min:2-max:46) olup 39'u (%25) 18 yaş üstü yetişkin, 117'si (%75) 18 yaş altı çocuk mağdurlardan oluşmaktadır. Kızların yaş ortalamasının (17.64 ± 8.63) erkeklerin yaş ortalamasından (13.32 ± 8.20)

yüksek ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,003$). Erkek olguların ortalama yaş değerlerinin, kız olgulara göre daha küçük yaşta olması da diğer çalışmalar ile örtüşen bir bulgudur. Yaş ortalaması olarak kültürle ve ülkelere göre farklılıklar mevcut olup erkeklerin ergenlik dönemi öncesi, kadınların ise ergenlik ve sonrası saldırıya uğradığını ifade eden çalışmalar mevcuttur. Aydın ve Çolak'ın 1999-2003 yılları arasında Samsun 1. Ağır Ceza Mahkemesi'nde karara bağlanmış cinsel suçlarla ilgili dosyaları incelemiş ve kadın mağdurların 16-18 yaş, erkek mağdurların ise sıklıkla 11 yaş altı grubundan olduğunu belirtmişlerdir (62). Çengel ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne başvuran 42 olgunun değerlendirildiği çalışmada; erkeklerin kızlara göre daha küçük yaşlarda özellikle ergenlik öncesi yaşlarda, kızların ise ergenlik dönemi ve sonrasında cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir (63). Gökçe İmren ve arkadaşlarının 2011-2012 yılları arasında çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen 3-17 yaşları arasındaki cinsel istismara uğramış 157 olgunun incelendiği başka bir çalışmada kızların yaş ortalamaları yaklaşık olarak 13,5, erkeklerin yaş ortalamaları yaklaşık olarak 9,7 olarak ölçülmekle beraber kızların yaşlarının anlamlı olarak ($p<0.001$) yüksek olduğu saptanmıştır. İstismara uğrayan kızların %29,8'inin, erkeklerin %76,9'unun 13 yaş altında olduğu anlaşılmıştır (13). Erdoğan ve arkadaşlarının 2011 yılında yayınlanan Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özelliklerini inceledikleri bir çalışmada en sık kız çocuklarının istismara maruz kaldığı (%71,6), istismara uğrayan 13 yaşından büyük kız oranının (%84,8), 13 yaş altına göre (%50,7) anlamlı oranda yüksek bulunduğu kayıtlıdır (64).

İstismarcıların kadın cinsiyetinde özellikle ergenlik dönemine girmiş, kadın görünümünü henüz tamamlamış ancak saldırgan karşı koymada yeterli fiziksel ve ruhsal gelişiminin olgunlaşmamış en küçük yaşta mağdurları seçtiği düşünüldü. Buna karşın erkek mağdurlar kadın mağdurlara göre daha küçük yaşta cinsel istismara maruz kalmaktadır. Çünkü erkek mağdurların fiziksel ve ruhsal olarak henüz gelişmediği bir yaşta istismarcıya karşı koyamayacağı, ayrıca mağdurun erkek görünümünün oluşmamış olmasının istismarcı tarafından tercih sebebi olabileceği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Vakaların medeni durumları incelendiğinde (Tablo 1) çocuk mağdurların yaklaşık %98'i bekâr, %2'si imam nikâhlı, yetişkin mağdurların ise yaklaşık %43'ü bekâr, %28'i dul, %26'sı yasal evli, %3'ü imam nikâhlı olarak görülmektedir. Literatürde de benzer örneklere rastlanmaktadır. Örneğin; Korkmaz ve arkadaşlarının cinsel saldırı sonrası mağdurların beden ve ruh sağlığını incelediği bir çalışmada vakaların %90'ının bekâr olduğu görülmüştür (65). Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan 275 çocuk olgunun değerlendirildiği bir çalışmada 5 çocuğun imam nikâhı ile evlendirildiği belirtilmiştir (59). Bu sonuçlar ülkemizde çocukların yaşlarını doldurmamış olmalarına rağmen halen yasal olmayan yollarla evlendirildiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda fiziksel ya da psikiyatrik hastalığı olan çocukların ve yetişkinlerin daha çok cinsel istismara uğradığı (Tablo 2) görülmektedir. Ancak fiziksel/organik hastalığı olan yetişkinlerin çocuklara göre anlamlı oranda daha fazla istismara uğradığı anlaşılmıştır. Yetişkinlerde cinsel istismara uğramanın en önemli risklerinden birisi fiziksel ya da psikiyatrik bir hastalık varlığıdır. Yetişkin bir bireyin kendisini bedensel ya da ruhsal olarak savunamaması, istismarcının daha çok tercih ettiği bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Benzer bulgular diğer çalışmalarda da görülmüştür. Soylu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada engelli bireylerin normal fiziksel ya da zihinsel yapıya sahip bireylere göre daha fazla istismar edildiği, engellilere yönelik istismarın daha çok nitelikli cinsel saldırı tipinde olduğu belirtilmiştir (66). Bulut ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Amerika'da ki The Roeher Enstitüsü raporunda engelli erkeklerin normal erkeklere oranla iki kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (67). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında cinsel istismara uğrayan ergenlerin sosyodemografik verilerinin ve istismara ait özelliklerinin incelendiği bir kontrollü çalışmada; fiziksel bir hastalığa sahip olanların bulunduğu olgu grubunda cinsel istismarın, kontrol grubuna göre 3 kat daha yüksek olduğu, cinsel istismara uğrayanların yaklaşık %10'unun fiziksel bir hastalığının olduğunu bildirmiştir (68). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise cinsel istismara uğramış çocuk mağdurların yaklaşık olarak %5'inde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yaklaşık olarak %12'sinde de zekâ geriliği

saptandığını belirtilmiştir (69). Literatürde görme engeli, duyma engeli gibi fiziksel yetersizlikler cinsel istismar için artmış risk ile ilişkili olup cinsel istismara uğramış ve fiziksel yetersizliği olan olgularda erkek mağdurların oranı kadın mağdurlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (70).

Çalışmamızda aile yapısını (Tablo 1) çocuklar ve yetişkinler arasında karşılaştığımızda çocukların cinsel istismara uğramasında aile yapısının yetişkinlere göre daha önemli olduğu görülmüştür. Çocuk vakaların aile yapısı bakımından; çekirdek, bölünmüş (anne ve babası ayrı, anne veya babasından birisini kaybetmiş)ve yurttan kalan (çocuk esirgeme kurumu, sevgi evleri vb.) olmak üzere 3 gruba ayrılarak incelendiğini ve çocuk mağdurların %80,3'ü gibi büyük bir bölümü çekirdek aile yapısına sahip olsa da azımsanmayacak bir kısmı %16,2'si bölünmüş aile yapısına, %3,4'ü yurttan kalan mağdurlardan oluştuğunu görmekteyiz. Bu sonuçlara göre bölünmüş aile yapısına sahip çocuklarda istismara uğrama ihtimalinin arttığı görülmektedir. Benzer sonuçlar diğer çalışmalarda da ortaya çıkmıştır. Örneğin; Bilginer ve arkadaşlarının çocukluk çağı cinsel istismarının mağdur ve sanık açısından çok yönlü olarak incelediği bir çalışmada, “boşanmış aile çocuklarında ve tek ebeveynini kaybetmiş olgularda cinsel istismar mağduru olma oranlarının yüksek olduğu (sırasıyla %89 ve %50) görülmüştür. Bu durum, ailenin çocuk üstündeki ilgisinin azalmasına ya da otoritede ortaya çıkan boşluğa bağlanabilir” olarak ifade edilmiştir (61).

Literatürde birçok çalışmada parçalanmış aile yapısı olarak ifade edilen anne ve babanın ayrı olduğu veya ebeveynlerden birisinin vefat ettiği durumlar, çocuklar için cinsel istismar açısından risk faktörleri arasında sayılmaktadır (1, 2, 71, 72, 73). Montreal üniversitesinde, travma sonrası stres bozukluğu gelişmiş cinsel istismar mağduru çocuklarda, kişisel ve ailevi faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada; 7-12 yaş aralığında olan cinsel istismar mağduru olan 67 kız çocuk ile kontrol grubu olarak seçilen cinsel istismar mağduru olmayan aynı sayıdaki kız çocuğu vakalarının karşılaştırıldığı; cinsel istismar mağdurlarının %25,4'ünün ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %53,7'sinin ise tek ebeveynle yaşadığını ve tek ebeveynle yaşama oranının cinsel istismar mağduru olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu bildirilmiştir (74). Çengel ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne 42 olgunun değerlendirildiği çalışmada mağdurların %24,5'inde ebeveynlerin ayrı olduğu belirtilmektedir (63).

Çalışmamızda aile içi şiddet varlığı (Tablo 3), çocuklarda %13 yetişkinlerde %20 olarak görülmekte olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($p:0,13$) görülmüştür. Çocuk mağdurlarda şiddeti uygulayanların sıklıkları sırasıyla, üvey baba-ağabey, öz baba, öz anne, öz ağabey olarak karşımıza çıkmakta iken yetişkinlerde aile içi şiddeti uygulayanlar sadece eşlerdir (%13 resmi nikâhlı eş, %7 imam nikâhlı eş). Çalışmamızda cinsel istismar mağduru çocuklarda aile içi şiddet oranının beklediğimizden çok daha düşük çıkmıştır. Literatürdeki örneklerde çalışmamızda çıkan sonuçtan daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin; Önen ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı “Çocukluk Çağındaki Cinsel İstismarın Klinik Özellikleri, Psikiyatrik Bozukluk Geliştirme İle İlişkili Baş Etme Biçimleri Ve Aile İşlevleri” isimli çalışmada cinsel istismar mağduru çocukların kontrol grubuna göre altı kat daha fazla aile içi şiddete maruz kaldığı ve cinsel istismara maruz kalan çocuk mağdurlarda aile içi şiddet oranının yaklaşık %35 olduğu belirtilmiştir (75). Şimşek ve Gençdoğan'ın 2014 yılında yayınlanan cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında cinsel istismar mağdurları arasında aile içi şiddet görülme oranının %27 olduğu ortaya konulmuştur (76). Tackett 2002 yılında yaptığı çalışmada cinsel istismarın, aileleri tarafından sözlü veya fiziksel olarak cezalandırılan çocuklarda daha sıklıkla görüldüğü, olumsuz ekonomik koşulların ve işsizliğin aile içi şiddet ile bağlantılı olarak, çocukların daha çok istismar edilmesine neden olabileceği bildirmiştir (77). Bunlarla birlikte birçok literatürde aile içi şiddet olaylarının sık yaşandığı durumlar çocuklar için cinsel istismar açısından risk faktörleri arasında sayılmaktadır (1, 2, 68, 71, 72, 78, 79).

Çalışmamızda mağdurların aile içinde maruz kaldıkları şiddetin türleri ve sıklıkları (Tablo 4) çocuklarda ve yetişkinlerde en sık fiziksel şiddet onu takiben cinsel şiddet ve en az psikolojik şiddet olduğu, çocuklar ve yetişkinler arasında bu açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Benzer bulgular diğer araştırmalarda da görülmüştür. Örneğin Polat'ın 2016 yılında şiddet üzerine yayınladığı çalışmasında en sık görülen şiddet türünün fiziksel şiddet olduğu, cinsel şiddetin fiziksel şiddeti takiben kadınlar ve çocuklarda en sık olmak üzere her grubu

etkilediği belirtilmiştir (80, 81). Doğan'ın İzmir'de 2009 yılında yaptığı çalışmasında aile içi şiddetin cinsel istismar açısından risk faktörü olduğu ve en sık fiziksel şiddet uygulandığı yer almaktadır (68). Yapılan çalışmalarda, özellikle fiziksel şiddetin görüldüğü ailelerde, annelerin pasif rolde olduğu, genellikle aile içi cinsel istismar olayının farkında oldukları ancak aile düzeninin bozulmasını istemedikleri ve bu tutumlarının cinsel istismar açısından risk faktörü olduğu belirtilmiştir (1, 64, 82).

Çalışmamızda mağdur ile saldırgan arasındaki yakınlık derecesini (Tablo 5) çocuk ve yetişkin açısından karşılaştırdığımızda aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır. Çocuk ve yetişkin mağdur gruplarının her ikisinde de cinsel saldırının en sık %35 “sevgili” (duygusal bağlarının olduğu), ikinci sıklıkta %29 “tanıdık” (akrabalık bağı olmayan ancak komşu, akran, iş arkadaşı vb. olarak nitelendirdiğimiz daha önceden tanıdığı) olarak tanımlanan kişiler tarafından gerçekleştiği görülmüştür. Bundan sonraki sıklık sırası çocuklar ve yetişkinler açısından değişmekte olup; çocuklar için üçüncü sıklıkta %15 diğer akrabalar (üvey baba-ağabey, 2. ve 3. derece hısımlar) iken, yetişkinler için %13 yabancı olan daha önce hiç tanımadığı kişiler olduğu görülmektedir. Bundan sonraki sıklık sırası çocuk mağdurlar için baba, yabancı, eşi(çocuk vakalarında imam nikâhlı olanlar “eşi” olarak tanımlanmıştır) ve ağabey olduğu, yetişkin mağdurlar için eşi, eski eşi, diğer akraba, eski sevgili olduğu görülmüştür.

Araştırmaların çoğunluğunda mağdur ile saldırgan arasındaki yakınlık derecesinin partner (sevgili, eş) ilişkisi olduğu, hem çocuklar için hem de yetişkinler için cinsel şiddetin sıklıkla tanıdık kişiler tarafından gerçekleştiği belirtilmektedir. Örneğin; Dünya sağlık örgütünün 2013 yılında kadınlara (15 yaş ve üzeri) yönelik cinsel şiddet üzerine geçmişte yapılan araştırmaların derlendiği çalışmada cinsel şiddetin en sık partnerler ve tanıdık kişiler tarafından gerçekleştiği belirtilmektedir (83). Amerika, Tanzanya Güney Afrika ve Yeni Zelanda dâhil olmak üzere pek çok ülkede yapılan çalışmalarda ise özellikle çocuklara yönelik cinsel şiddetin aile üyeleri veya yakın tanıdık kişiler tarafından gerçekleştiği ifade edilmiştir (60, 84). İbiloğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada cinsel istismar vakalarının çoğunluğunun çocukluk çağında görüldüğü, en sık aile içi cinsel istismar şeklinde olduğu ve hatta aile içi cinsel istismar olaylarının büyük bir kısmınınsa bildirilmediği belirtilmiştir (1). Bir çalışmada ise cinsel istismarın 14 yaşından küçük kızların

yaklaşık %12'sini etkilediği ve bu vakaların %30-50'sinde failerin aile üyeleri olduğu belirtilmektedir (85).

2016 yılında yayınlanan Türkiye'nin Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan cinsel istismar mağdurlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada istismarcının %64,4'ünün tanıdık birisi ve %21,1'ünün de aileden biri olduğu tespit edilmiştir (86). Sivas'ta yapılan Ağır Ceza Mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı olgularının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise saldırganların %46,8'inin tanıdık olduğu belirtilmiştir (87). 2008 yılında Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan 275 çocuk olgunun değerlendirildiği bir çalışmada mağdurların %35,3'ünün sevgilisi, toplam %55'inin ise tanıdığı kişiler tarafından istismar edildiği belirtilmiştir (59). Ackerman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada mağdur ile saldırgan arasındaki ilişkilerin %67 ile tanıdık, %22 ile yabancı, %12 ile partner olarak tanımlandığı görülmektedir (88). Riggs ve arkadaşlarının 1076 cinsel saldırı mağduru üzerinde yaptıkları bir çalışmada saldırganların çoğunlukla tanıdık kişiler olduğu gösterilmiştir (93). Ve yine ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da kadına yönelik cinsel şiddetin en sık eşler tarafından uygulandığı belirtilmiştir (94).

Her ne kadar birçok çalışmada çocukların daha çok tanıdık kişiler tarafından istismar edildiği belirtilmişse de çocukların en sık yabancı kişiler tarafından istismar edildiğini belirten çalışmalarda mevcuttur. Örneğin; Gökçe İmren ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada, cinsel istismar iddiası ile başvurusu yapılan çocuk ve ergen vakalarının saldırgan ile olan yakınlığı incelendiğinde saldırganın en sık (%40) tanımadığı birisi, ikinci sıklıkta (%21,2) erkek arkadaş, %15 tanıdık, %11 aile bireyi, %10 yakın akraba olduğunu ortaya koymaktadır (13).

Çalışmamızda saldırıların gerçekleştiği yeri çocukta ve yetişkinde karşılaştığımızda (Tablo 6) aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı, her iki grupta da en sık (%78,2) kendi evi dışında bir yerde gerçekleştiği, %21,8 oranında da kendi evinde gerçekleştiğini görmekteyiz. Literatürde de benzer sonuçlar çıkmıştır. Örneğin; Sivas'ta yapılan Ağır Ceza Mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı olgularının değerlendirildiği bir çalışmada saldırganların cinsel saldırının gerçekleştiği olay mekânına göre yapılan incelemede %76.66'sının mağdurun evi dışında bir mekânda olduğu

belirtmiştir (87). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında cinsel istismara uğrayan ergenlerin sosyodemografik verilerini ve istismara ait özelliklerini incelediği bir kontrollü çalışmada; saldırıların %60,5'inin mağdurun evi haricinde bir yerde, %39,5'inin mağdurun evinde gerçekleştiği yer almaktadır (68). Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğüne 2006-2007 yıllarında başvuran 18 yaşın altındaki 11 cinsel istismar olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada olay yerinin tamamının mağdurun evi dışında bir yerde gerçekleştiği yer almaktadır (90). Demirci ve arkadaşlarının Konya'da cinsel istismar yönünden 275 çocuk olgunun değerlendirmelerini yaptıkları bir çalışmada olay yerinin %55,3 oranında mağdurun evi veya saldırganın evi dışında başka bir yerde olduğunu belirtmişlerdir (59).

Cinsel saldırı veya istismara uğramış mağdurlarda fiziksel bulguların tespiti açısından en büyük problemler; olay ile muayene arasında geçen sürenin uzun olması, mağdurun yaşının küçük olması nedeniyle muayeneye uyumlu olmaması, istismarın türü ve gerçekleşme şeklidir (kayganlaştırıcı madde kullanılması, tehdit veya hile yolu ile kandırma vb.). Bu problemlerden dolayı saldırıya ait genital ve harici bulguların tespit edilmesinde zorluklar yaşanmaktadır (33, 38, 91, 92). Her ne kadar istismar iddiası ile gönderilen kişilerin muayenelerinde genital bulgular saptanmış olsa da, mevcut bulguların belirtilen olaya bağlı olduğunun sadece bu bulgular ile açıklanamayacağı unutulmamalıdır. İddia edilen olay ile istismar arasında ki illiyet, ancak adli tahkikat dosyasındaki destekleyici kanıtlar ve/veya mağdurdan alınan biyolojik örneklerin saldırganı ait olduğunun kanıtlanması ile ortaya konulabilir (59).

Çalışmamızda cinsel saldırı iddiasında bulunan ve muayenede cinsel saldırı bulgularının makroskobik olarak tespit edildiği çocuk ve yetişkinleri karşılaştırdık (Tablo 7). Çocuk mağdurlarda en sık saldırı iddiası %55,6 (n=65) oranla vajinal yoldan, ikinci sıklıkta %32,5 (n=38) anal yoldan, üçüncü sıklıkta %13,7 (n=16) taciz, dördüncü sıklıkta %6,0 (n=7) interfemoral (genital bölgelere sürtünme) ve en az %3,4 (n=4) oranla oral yoldan olduğu mevcuttur. Yetişkin mağdurlarda en sık saldırı iddiası %66,7 (n=26) oranla vajinal yoldan, ikinci sıklıkta %43,6 (n=17) anal yoldan, üçüncü sıklıkta %10,3 (n=4) taciz ve en az %2,6 (n=1) interfemoral (genital bölgelere sürtünme) olduğu mevcuttur. Oral yolla gerçekleştirildiği iddia edilen

saldırılarda mağdurların sadece çocuklardan oluştuğu, yetişkin mağdurlarda oral saldırı iddiası olmadığı görülmüştür. Vakalarımızın cinsel saldırılara ait makroskobik bulgularını çocuk ve yetişkinler açısından değerlendirdiğimizde (Tablo 7); çocuk mağdurlarda en sık %51,1 (n=48) vajinal bulgular, ikinci sıklıkta %9,4 (n=11) anal travmatik bulgular olduğu saptanmıştır. Yetişkin mağdurların muayenesinde tespit edilen en sık saldırı bulgusu %66,7 (n=22) oranla vajinada ve daha az %17,9 (n=7) oranda anal bölgede travmatik bulgular olduğu saptanmıştır. Oral saldırı iddiası bulunan mağdurların oral muayenesinde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Genital bulgular dışında saldırıya ait harici travmatik bulgular çocuklarda %8,5 (n=10), yetişkinlerde %46,2 (n=18) oranında saptanmıştır.

Vakalarımızın maruz kaldıkları saldırı sonrasında, olay ile muayene arasında geçen süreleri yetişkinler ve çocuklar açısından incelediğimizde (Tablo 11), yetişkinlerin çocuklara göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde daha kısa sürede başvurdukları görülmektedir. Daha önce yapılmış araştırmalarda da benzer bulgular tespit edilmiştir. Şöyle ki; 2013 yılında yapılan bir çalışmada çocuk mağdurların istismarcı tarafından tehdit edilmiş olmaları, adli sürecin karmaşık olması ve suçun ispatlanmayacağı istismarcının ceza almayacağı düşüncesiyle veya toplumdan dışlanma korkusu gibi sebeplerle ebeveynlerin adli makamlara başvurmadıkları, bütün bunların sonucunda mağdurların muayenelerinin bir aydan beş yıla kadar gecikebildiği görülmüştür (71). Akkaya ve arkadaşlarının Eskişehir’de erkek çocuk ve ergenlere yönelik cinsel saldırı olgularını inceledikleri bir çalışmada cinsel saldırı mağdurlarının yalnızca %9,6’sının ilk gün müracaat ettikleri, %75’inin dört günden sonra muayene edildiği, mağdur ve sanığın birbirini tanıdığı durumlarda başvuru sürecinin anlamlı oranda geciktiği bildirilmiştir (95). Konya’da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk mağdurların değerlendirildiği bir çalışmada olguların sadece %1,8’i saldırının gerçekleştiği tarihle aynı gün içerisinde muayene edilebilmişken, %26,9’u 10 gün içerisinde, %55,6’sı ise eylemden 11 gün ve daha fazla süre sonra muayeneye gönderilmiştir (59). Yapılan birçok çalışmada mağdurun muayenesi ile saldırı arasında geçen süre uzadıkça olay bağlı genital bulguların ve de harici fiziksel bulguların tespit edilmesi ve saldırganı ait biyolojik delilleri toplamanın zorlaştığı ifade edilmiştir (97, 98).

Vakalarımızın cinsel saldırılara ait makroskobik bulgularını çocuk ve yetişkinler açısından karşılaştırdığımızda; vajinal yoldan istismara uğradığı iddiası olan 65 çocuktan 48 tanesinde yani %73,8'inde vajinal saldırı bulgusuna rastlandığı, yetişkinlerde ise vajinal istismar iddiası bulunan 26 kişinin 22'sinde yani %84,6 saldırı bulgusu tespit edildiği kayıtlıdır. Dolayısı ile bu oranları karşılaştırdığımızda vajinal saldırı iddiası bulunan yetişkinlerde vajinal saldırı bulgusunun saptanma oranının çocuklara göre yüksek olduğunu görmekteyiz. Benzer şekilde, anal yoldan istismara uğradığı iddiası olan 38 çocuktan 11 tanesinde yani %28,9'unda anal saldırı bulgusuna rastlandığı, yetişkinlerde ise anal istismar iddiası bulunan 17 kişinin 7'sinde yani %41,1'inde saldırı bulgusu tespit edildiği kayıtlıdır. Dolayısı ile bu oranları karşılaştırdığımızda anal saldırı iddiası bulunan yetişkinlerde anal saldırı bulgusunun saptanma oranının çocuklara göre yüksek olduğu açıktır. (Saldırı iddiası ile saldırı bulgularının değerlendirildiği çocuk ve yetişkinleri karşılaştırdığımız bu çalışmamızda hem vajinal hem anal saldırı bulgularının, yetişkinlerde çocuklara göre daha yüksek oranda tespit edilmesinin sebeplerini şöyle sıralayabiliriz; çocukların gelişimi göz önüne alındığında çocuklardaki yumuşak doku iyileşme sürecinin yetişkinlere göre daha hızlı gerçekleşmesi, yetişkinlerin maruz kaldıkları fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını çocuklara göre daha iyi algılamaları nedeniyle saldırı sonrası adli sürecin daha çabuk başlaması ve saldırı ile muayene arasında geçen sürenin daha kısa olması (Tablo 11), çocuk cinsel istismarının yetişkinlere göre daha çok aile içinde gerçekleşmesi sebebi ile ailenin olayı saklama çabası ve muayenenin gecikmesi bunlardan birkaçı olarak sayılabilir (99).

Yaptığımız literatür taramasında daha önceden yayınlanmış, tek bir araştırma içerisinde çocuk ve yetişkin cinsel saldırı bulgularının karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde mevcut çocuk ve yetişkin cinsel saldırı bulguları içeren birbirinden farklı araştırmaları ayrı ayrı ele alınarak değerlendirdiğimizde çocuk mağdurlardan elde ettiğimiz bulgular ile araştırmalarda tespit edilen vajinal bulguların oranları arasında çok büyük farklar olduğu, anal bulguların ise benzer olduğu belirlenmiştir. Örneğin; Türkiye'nin Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan çocuk ve ergen cinsel istismar mağdurlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirildikleri bir çalışmada cinsel saldırıları mağdurlarının %36,7'sinde anal penetrasyon bulgusunun olduğu, cinsel saldırıların %32,2'sinde

vajinal penetrasyon bulgusu saptandığı bildirilmiştir (86). Eg ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı cinsel istismar olgularından oluşan 226 kız çocuğunun değerlendirildiği bir çalışmada vakaların %45'inde vajinal bulgu tespit etmişlerdir (100). Demirci ve arkadaşları cinsel istismar yönünden çocuk olguların değerlendirmelerini yaptıkları bir çalışmada, mağdurların %42,7'sinde eski veya yeni vajinal bulgu, %8,7' sinde ise anal istismar bulgusu saptamışlardır (59). Ackerman ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel saldırı olgularının değerlendirildiği bir çalışmada vakaların %27 sinde genital travma bulgusuna rastlanmıştır (88). Magalhaes ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada bine yakın çocuk vakasının %17,9'unda vajinal saldırı bulgusuna, %6,7'sinde anal saldırı bulgusuna rastlanmıştır (89). Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne başvuran cinsel istismar mağduru çocuk olguların değerlendirildiği bir çalışmada cinsel saldırıya uğrayan çocukların sadece %9,1'inde vajinal bulgu saptandığı, olguların %36,4'ünde anal bulgu tespit edildiği belirtilmiştir (90). Bilginer ve arkadaşlarının 2013'te yayınladığı bir çalışmada, cinsel istismara uğramış çocuk olguların %19,5'inin vajinal penetrasyon bulgusu, %16,3'ünün ise anal penetrasyon bulgusu olduğu belirlenmiştir (61). Akkaya ve arkadaşlarının Eskişehir'de erkek çocuk ve adölesanlara yönelik cinsel saldırı olgularını inceledikleri bir çalışmada cinsel saldırı mağduru 52 erkek çocuğun %61,5'inde (n=32) eski/yeni anal saldırı bulgusu saptamışlardır (95). Ege üniversitesi tarafından yapılan 2012 yayınlanmış çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirildiği 46'sı kız, 48'i erkek toplam 89 çocuk vakadan oluşan bir çalışmada olguların %18,1'inde anal bulgu, %6,8'inde vajinal bulgu olduğu belirlenmiştir (96).

Çalışmamızın yetişkin mağdurları incelediğimiz kısımda elde ettiğimiz bulguları daha önce yayınlanmış araştırmalar ile karşılaştırdığımızda çalışmamızda tespit edilen saldırı bulgularına ait oranların literatüre göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin; Zilkens ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı cinsel saldırı mağduru 1266 kadın olgunun incelendiği bir çalışmada; vajinal penetrasyon olduğu bildirilen tüm kadınların %24,5'inde genital bulguya rastlandığı, daha önce hiç cinsel ilişki öyküsü bulunmayan bir alt grubun ise %52,1'inde genital yaralanma olduğu, tamamlanan anal penetrasyonların %27,0'ında gözlemlenen anal yaralanmaların, genel vücut yaralanmasına eşlik ettiği, akut dönemde muayene edildiği ve birden

fazla penetran türü ile olduğu anlaşılmıştır (101). Irmak, 2012 yılında yayınlanan, Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğüne başvuran fiziksel ve cinsel şiddet mağduru 18 yaş üstü kadın olgularının değerlendirildiği çalışmada cinsel istismar iddiası bulunan kadınların %48,6'sında vajinal saldırı, %15,6'sında da anal saldırı olduğu belirtilmiştir (15). Karanfil ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladığı Türkiye'de eşe karşı anal yoldan cinsel saldırıları değerlendirdiği bir çalışmada anal saldırı iddiası bulunan kadınlarda %35,3 oranında anal saldırı bulgusu olduğu belirtilmiştir (102). Korkmaz ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladıkları cinsel saldırı sonrası mağdurların beden ve ruh sağlığını incelendiği bir çalışmada olguların %88'inin 18 yaş ve altında olduğu, %12'sinin 18 yaşından büyük olduğu, vakaların %21,1'inde vajinal, %26,8'inde anal penetrasyon, %4,8'inde oral, %4,8'inde oral+ anal penetrasyon, %0,9'unda ise hem vajinal hem de oral penetrasyon iddiası olduğu, toplam 56 vakada genital bulguya rastlandığı bildirilmişse de (65) tespit edilen bulguların çocuk ve yetişkinler açısından vajinal ve anal oranları ayrı ayrı belirtilmemiştir. Sivas Ağır Ceza Mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı olgularının değerlendirildiği bir çalışmada vakaların %19,05'inde vajinal bulgu izlendiği bildirilmiştir (87). 2016 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde ensest olguların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %15,3 oranında vajinal saldırıya uğradığı, %7,6 oranında anal saldırıya uğradığı geriye kalanların basit cinsel istismar niteliğinde olduğu ifade edilmiştir (103).

Tüm bu bulgularla beraber 2015 yılından yayınlanan 1972-2011 yılları arasında yapılan 26 çalışmanın değerlendirildiği bir uluslararası derlemede cinsel saldırı sonrası oluşan genital yaralanma bulgularının %5 ila %87 arasında değiştiği belirtilmiştir (104). Dolayısı ile bizim çalışmamızda tespit edilen oranlar bu aralıkta olmakla beraber üst sınırlara daha yakındır.

Çalışmamızda cinsel saldırı mağdurlarında tespit edilen harici fiziksel beden travması bulgularını yetişkinler ve çocuklar açısından karşılaştırdığımızda vajinal/anal travma bulgularında olduğu gibi yetişkinlerde %46,2, çocuklardan %8,5 anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çocuk mağdurlardan oluşan cinsel saldırı vakalarının değerlendirildiği bir çalışmada mağdurların %7,4 ünde fiziksel travma bulgusuna da

rastlanmıştır (63). ABD’de çocuk cinsel suç mağdurunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların %98’inde fiziksel bir bulguya rastlanmadığı görülmüştür (105). Cinsel saldırıya uğramış çocuk vakaların değerlendirildiği bazı çalışmalarda olguların %92’sinden fazlasında harici fiziksel travma bulgularının saptanamadığı belirtilmiştir (41, 68, 106). Ensest olguların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada olguların %5,12 sinde fiziksel istismar olduğu belirtilmiştir (103). İlk on gün içerisinde muayeneye gönderilen çocuk cinsel saldırı mağdurlarının sadece %8,1’inde harici travmatik bulgu tespit edilmiştir (59). Başka bir çalışmada cinsel istismara maruz kalan 315 çocuk olgunun %75’inde harici travmatik yaralanmaların bulunmadığı belirtilmektedir (107). On sekiz yaş üstü cinsel saldırı mağdurlarının incelendiği bir çalışmada vakaların %76,19’unda genel beden muayenesi sırasında travmatik bulgular tespit edilmiştir (87). Bunun sebebi birkaç farklı şekilde açıklanabilir. Örneğin yetişkinlerin vücut direncinin saldırganla kısmen dengeli olması sebebi ile saldırgan karşı koyduğu sırada daha fazla yaralanma oluşmasına bağlanabileceği gibi çocukların daha çok aile içi veya tanıdık kişilerce istismar edildiği düşünülürse ve çocuklara yöneltilen cinsel saldırı için daha çok hile veya tehdit yöntemlerinin kullanılması ile çocuğun cinsel ilişkiye razı edilmesi sonucu fiziksel direncin kırılmasına da bağlanabilir.

Birçok çalışmada tespit edilen harici travmatik bulgu oranları çalışmamızdaki ile benzer sonuçlar içerse de çalışmamızın aksine harici travmatik bulguların çocuklarda daha sık yetişkinlerde daha az olduğu bazı araştırmalarda mevcuttur. Örneğin; 2012 yılında yayınlanan Muğla Adli Tıp şube müdürlüğüne başvuran fiziksel ve cinsel istismara uğramış 18 yaş üstü cinsel saldırıya uğrayan vakaların %7,5’inde fiziksel saldırı bulgusuna rastlanmıştır (15). Şimşek ve Gençdoğan’ın 2014 yılında yayınlanan çocuk cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında cinsel istismar mağduru çocuk vakaların %41,5’inde fiziksel istismar bulgusu tespit edildiği ortaya konulmuştur (76).

Mağdurun rızasının varlığını incelediğimizde (Tablo 8) çocuklarda* rızasının var olduğu oranın (%23,9) yetişkinlere (%15,4) göre yüksek olduğu ancak

istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Daha önce yapılmış araştırmalarda mağdurun rızasının varlığı pek irdelenmemiş olmakla beraber sınırlı sayıdaki araştırmalarda benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Örneğin; Tutanoç, Arıca ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yayınlanan cinsel şiddete maruz kaldığı iddia edilen çocuk olguların analiz edildiği bir çalışmada vakaların %30,1'inde rızasının varlığından söz edilmiştir (108). *

* 15 yaş altı çocukların rıza durumu değerlendirilirken, yasal düzenlemelere dayanılarak, olay sırasındaki rızasının varlığına bakılmaksızın “rızası yok” olarak kabul edilmiştir (109).

6. SONUÇ

Çalışmamız sonucunda, cinsel saldırı kurbanı erkek çocukların, kız çocuklarına göre daha erken yaşta saldırıya uğradığı tespit edilmiştir. Hem çocuk hem de yetişkinlerde kurbanda psikiyatrik hastalıklar ya da bölünmüş ailelerden gelme önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmıştır. Çocuk mağdurlar ile yetişkin mağdurlar arasında, olay öncesinde fiziksel şiddet dâhil olmak üzere, istismara uğrama bakımından farklılık tespit edilmemiştir. Bir diğer önemli fark, yetişkin cinsel saldırı mağdurları, çocuklara göre daha erken dönemde güvenli güçlerine başvurmakta ve dolayısı ile muayeneye gelmektedirler. Bütün bu nedenle çocukların herhangi bir sebeple muayeneleri esnasında cinsel saldırı bulgularının aranmasının önemli olduğu görülmüştür.

7. KAYNAKLAR

1. İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 84-98.
2. Johnson CF (2004) Child sexual abuse. *Lancet*, 364:462-470.
3. World Health Organization. (2003). Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence.
4. Truman J, Planty M: Criminal victimization, 2011. Available: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv11.pdf>. Accessed May 1, 2018.
5. Trotman, G. E., Young-Anderson, C., & Deye, K. P. (2016). Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29 (6), 518-526.
6. Hornor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24 (6), 358-364.
7. Langan, P. A., & Harlow, C. W. (1994). Child rape victims, 1992. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
8. Danielson, C. K., & Holmes, M. M. (2004). Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 16 (5), 383-388.
9. Greenfeld, L. A. (1997). Sex offenses and offenders: An analysis of data on rape and sexual assault (pp. i-39). Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs.
10. Rennison, C. M. (2002). Rape and sexual assault: Reporting to police and medical attention, 1992-2000. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs.
11. Öztop, D. B., & Özcan, Ö. Ö. (2010, October). Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. In *Yeni Symposium* (Vol. 48, No. 4).
12. Aktepe, E., Işıık, Â., Kocaman, O., & Erođlu, F. Ö. (2013, May). Bir Üniversite Hastanesinde Değerlendirilen Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri. In *Yeni Symposium* (Vol. 51, No. 2).

13. İmren, S. G., Ayaz, A. B., Yusufoglu, C., & Arman, A. R. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, 26 (1), 11-16.
14. Tokdemir, M., Deveci, S. E., & Yasemin, A. Ç. I. K. (2014). Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğüne eşi tarafından şiddete maruz kalma nedeniyle başvuran kadınların değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 8 (1), 39-44.
15. Irmak, Z., Talas, M. S., & Savran, M. B. (2012). Adli Tıp Şube Müdürlüğüne Başvuran Fiziksel Ve Cinsel Şiddet Mağduru Kadın Olgularının Değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15 (3).
16. Tanrıverdi, G., & Şipkin, S. (2014). Çanakkale'de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13 (3), 183-187.
17. Erbek, E., Eradamlar, N., Beştepe, E., Akar, H., & Alpkan, L. (2004). Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: Üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 17 (4), 196-204.
18. Atman, Ü. C. (2003). Kadına yönelik şiddet; Cinsel taciz/ırza geçme. *Sted Dergisi*, 12(9), 333-335.
19. WHO. (2015) "Definition and Typology of Violence." Web. 6 Jan. 2018 <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>
20. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve Cinsel İstismar, *Adli Psikiyatri Dergisi* 2005; 3:9-14.
21. TCK M.102-103
22. Naçar, M., Baykan, Z., Poyrazoğlu, S., & Çetinkaya, F. (2009). Kayseri İlinde İki Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (2).
23. Unicef. (2004). Çocuk haklarına dair sözleşme. İnsan Hakları Koordinasyonu.
24. Aysev A, Taner YI. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print. 2007:709-726.
25. Örün, E., & Tatlı, M. M. (2012). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne Göre Türk Çocuklarının Sağlık ve Sosyal Hakları Açısından Durumu. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(3), 132.

26. Dağ, H., Doğan, M., Sazak, S., Kaçar, A., Yılmaz, B., Doğan, A., & Arıca, V. (2015)
27. Çocuk Haklarına Güncel Yaklaşım. Çukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi), 40(1), 1-5.
28. Sevil, K. U. R. T. (2016). Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler Ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, (36).
29. Türk Ceza Kanunu Kardeş Hukuk Kitaplığı-21. 2007:305-500
30. Kanunu, T. C. (2004). Türk Ceza Kanunu. Retrieved December, 13, 2012.
31. Özer, Ö. V., Kanbur, M. N., Bacaksız, P., & Doğan, K. (2008). Ceza Muhakemesi Hukuku. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
32. Celbis, O., Karaca, M., Özdemir, B., & Isır, A. B. (2004). Cinsel Suçlarda Muayene. Harran Tıp Fak Der, 1 (4), 48-52.
33. Ozdemir, B., & Celbis, O. (2012). Cinsel saldırıya uğramış çocukta erken ve geç muayene bulgularının değerlendirilmesi. Medicine Science, 1(1).
34. Soysal Z, Eke M. Cinsel saldırı. Soysal Z. Editör, Adli Obstetrik / Jinekoloji, Cilt 1, Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, 2003, İstanbul: 1081-1164.
35. Soysal Z, Eke M. Cinsel saldırı. Soysal Z, Çakalır C, ed. Adli Tıp, Cilt III, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1999: 1167-1244.
36. McGregor M, Du Mont J, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution?. Ann Emerg Med, 2002; 39 (6): 639-647.
37. Hancı H.İ. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002: 399-450.
38. Polat O. Adli Tıp. İstanbul, Der Yayınevi, 2000: 233-246.
39. Troiano M. Child abuse. Nurs Clin North Am. 2011;46 (4):413-22. DOI: 10.1016/j.cnur.2011.08.009
40. Aksoy E, İnanıcı MA, Çetin G, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. "Cinsel Saldırıları" Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Adli Tıp Uzmanları Derneği, 1999;119-130.
41. Giardino AP, Finkel MA, Evaluating child sexual abuse. Pediatr Ann. 2005; 34: 382-394.
42. Gray-Eurom K, Seaberg DC, Wears RL. The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. Ann.Emerg.Med. 2002: 39 39-46.

43. McCann J, Wells R, Voris J, et al. Comparison of Genital Examination Techniques in Prepubertal Girls Pediatrics. 1990; ;85 (2):182-7.
44. Çetin, G., & Yorulmaz, Ç. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi.
45. Demirci, Ş., Doğan, K. H., Deniz, İ., Doğan, N. Ü., & Günaydın, İ. G. (2008). Sağlam himen morfolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 5 (3), 93-100.
46. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med.* 2006; 13:300-3.
47. Gencer Ö, Güvenir T. Çocuk ve Ergenlerde Cinsel istismar.“Çocukluk ve Adolesan Jinekolojisi ve Obstetriği” (Eds Acar B.). 2010; 351-358.
48. Kar H. Sexual assault in childhood and adolescence. In Duarte Nuno Vieira (Ed.), *Forensic Medicine - From old problems to new challenges*. InTech. Written by a Faculty member of the Department of Forensic Medicine at Mersin University. 2011. 26 pages, with medical illustrations.
49. Golf CW, Burke KR, Rickenback C, et al. Vajinal Opening Measurements in Prepubertal Girls, *Am J Dis Child.* 1989; 143: 1366-1368.
50. Gök Ş. *Adli Tıp*. 5. Baskı. Filiz Yayınevi Beyazıt/İstanbul. 1980: 368-397.
51. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med.* 2003;10 (8):872-77.
52. Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Gren WM. The Utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. *Annals of emergency medicine.* 2000;36:5:432-437.
53. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2001;14 (4):175-80.
54. Rossman L, Wynn B, Dunnuck C, Reiter S, Jones JS. Accuracy and reliability of photo-colposcopy in the documentation of anogenital injuries after sexual assault. *Annals of Emergency Medicine.* 2005: 46 (3, Supplement 1), 96-96.

55. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008, 20:435-441.
56. Cohen LJ, Nikiforov K, Gans S, et al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model. *Psychiatr Q*. 2002;73:313-336.
57. Kellogg ND, Para JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;153:634-641.
58. Agirtan CA, Akar T, Akbas S, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002-2006: Identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse Negl*. 2009; 33:247-55.
59. DEMİRCİ, Ş., DOĞAN, K. H., ERKOL, Z., & DENİZ, İ. (2008). Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk olguların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 5 (2), 43-49.
60. García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., ... & Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385 (9978), 1685-1695.
61. Bilginer, Ç., Hesapçıoğlu, S. T., & Kandil, S. (2013). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Magdur ve Sanik Açısından Çok Yönlü Bakış/Sexual abuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators. *Düşünen Adam*, 26(1), 55.
62. Aydın B, Çolak B. Samsun'da Ağır Ceza Mahkemesi'ne Yansıyan Cinsel Suçlar. *Adli Tıp Bülteni*. 2004; 9 (1):11-18.
63. Cengel-Kultur, E., Cuhadaroglu-Cetin, F., & Gokler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turkish journal of pediatrics*, 49(3), 256.
64. Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M. G., Atabek, M. S., Koparan, C., Özdemir, E., ... & Ankaralı, H. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 12, 55-61.

65. Korkmaz, M., Uysal, C., Sivri, S., Bozkurt, İ., Bulut, K., Şimşek, Ş., ... & Tıraşçı, Y. (2014). Cinsel Saldırı Sonrası Adli Tıp Bölümüne Başvuran Olguların Beden Ve Ruh Sağlıklarının Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41 (4).
66. Soylu, N., Şentürk-Pılan, B., Ayaz, M., & Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması [Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 292-298.
67. Bulut, S., & Karaman, H. B. (2018). Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı.
68. Doğan, Ö. Ö. (2009). Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: kontrollü bir çalışma. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir.
69. Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2010.
70. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42:269-78.
71. Gürhan N (2015) Her Yönüyle Çocuk İstismar ve İhmali (Sağlık-Yasa-Eğitim ve Aile Boyutu). Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
72. Lum JA, Powell M, Timms L, Snow P (2015) A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res*, 58:961-976.
73. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. *Child abuse and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2 nd ed. Baltimore, MA: William & Wilkins, 1996; 1041-1048.
74. Bernard-Bonin AC, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*. 2008; 13:479-86.
75.
https://www.researchgate.net/publication/310671158_Clinical_Features_Coping_Sty

les_and_Family_Functioning_in_Relation_To_Psychiatric_Disorders_in_Childhood_Sexual_Abuse 31 Mayıs 2018 00:47 itibariyle ulaşılabilir.

76. Şimşek, Ş., & Gençođlan, S. (2014). Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 41 (1).

77. Kendall-Tackett K (2002) The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl*, 26 (6-7), 715-729.

78. Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1), 70-74.

79. Elliott, A. J., & Peterson, L. W. (1993). Maternal sexual abuse of male children: When to suspect and how to uncover it. *Postgraduate medicine*, 94 (1), 169-180.

80. Polat, O. (2016). Şiddet.

81. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

82. Romans SE, Martin J, Mullen PE (1997) Childhood sexual abuse and later psychological problems: neither necessary, sufficient nor acting along. *Crim Behav Ment Health*, 7:327-338.

83. García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*.

84. Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The lancet*, 359 (9313), 1232-1237.

85. Modelli, M. E., Galvão, M. F., & Pratesi, R. (2012). Child sexual abuse. *Forensic science international*, 217 (1-3), 1-4.

86. Gençođlan, S., Hekimođlu, Y., Mutluer, T., Özdemir, P. G., Gümüő, O., Durmaz, O. , ... & Aşırđizer, M. (2016). Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan cinsel istismar mağdurlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi.

87. Beyaztaş, F. Y., Yenicesu, G. İ., Bütün, C., & Yılmaz, R. (2009). Sivas ağır ceza mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı

olgularının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences, 6 (2), 53-59.

88. Ackerman, D. R., Sugar, N. F., Fine, D. N., & Eckert, L. O. (2006). Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 194 (6), 1653-1659.

89. Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, Santos L (2009) Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. Journal of Forensic and Legal Medicine; 16: 455-459.

90. Özer, E., Bütün, C., Beyaztaş, F. Y., & Engin, A. (2007). Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2006-2007 yıllarında başvuran cinsel istismar mağduru çocuk olgularının değerlendirilmesi. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2), 51-5.

91. Bilge S, Taşkıranoğlu Tırtıl L. Cinsel istismara maruz kalan çocuklar: Mağdur, saldırgan özellikleri ve ruhsal/davranışsal bozukluklar. Klinik Adli Tıp 2001;1:1-8.2.

92. Polat O, Ziyalar N, Erocal M, Inanici MA, Aksoy ME. Child sexual abuse cases in Istanbul - a survey. American Academy of Forensic Sciences Annual Meeting, Seattle, Washington. February 13-18 1995. Abstract Book. p.97.

93. Riggs, N., Houry, D., Long, G., Markovchick, V., & Feldhaus, K. M. (2000). Analysis of 1,076 cases of sexual assault. Annals of emergency medicine, 35 (4), 358-362.

94. Güler, N., Tel, H., & Tuncay, F. Ö. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (2), 51-56.) .. .14, 17

95. Akkaya, H., Karbeyaz, K., & Toygar, M. (2013). Eskişehir'de Erkek Çocuk ve Adölesanlara Yönelik Cinsel Saldırı Olguları.

96. Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydın, C., Koturoğlu, G., Aslan, A., ... & Çelik, A. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. Türk Pediatri Arşivi, 47 (2).

97. Savran B, Alper B, Şen F. Adana'da 1993 yılında seksüel saldırı iddiası ile muayeneleri yapılan 240 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. 1. Adli Bilimler Kongresi, 12-15 Nisan 1994, Adana. Poster Sunuları Kitabı. s.397-8.

98. Özkök HS, Katkıcı U, Örsal M. Himen muayene bulguları: 89 olgunun retrospektif incelenmesi. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri, 1-5 Kasım 1993, Antalya. Poster Sunuları Kitabı. s.63-7.
99. Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abus* 2011;20 (5):505-20.
100. Eg, M. B., Hansen, L. A., Sabroe, S., & Charles, A. V. (2015). Himenal lesions and legal outcome in sexually abused girls with a history of vaginal penetration. *Forensic science international*, 252, 163-167.
101. Zilkens, R. R., Smith, D. A., Phillips, M. A., Mukhtar, S. A., Semmens, J. B., & Kelly, M. C. (2017). Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic science international*, 275, 195-202.
102. Karanfil, R., Keten, A., Zeren, C., & Karaarslan, B. (2014). Türkiye'de eşe karşı anal yoldan cinsel saldırılar. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 5 (4).
103. Yılmaz, R., & Eryılmaz, A. (2016). Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde Değerlendirilen Ensest Olgularının Sosyodemografik Özellikleri. *The Bulletin of Legal Medicine*, 21 (3), 167-171.
104. Walker, G. (2015). The (in) significance of genital injury in rape and sexual assault. *Journal of forensic and legal medicine*, 34, 173-178.
105. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:336-342.
106. Smith WG, Metcalfe M, Cormode EJ ve ark. (2005), Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Can Fam Physician*, 51:1347-51.
107. Salaçin S, Alper B, Uçkan H. Seksüel Saldırılarda Mağdurun Muayenesinde Karşılaşılan Sorunlar. *Adli Tıp Dergisi* 1991; 7:133-9.
108. Tutanç, M., Arıca, V., Arıca, S. G., Zeren, C., Yeşiloğlu, F., Arslan, M. M., & Arı, M. 1Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Birimi, Hatay, 2Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Hatay, 3Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD,

Hatay, 4Hatay Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Hatay, 5Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Hatay, Türkiye.

109. Şahin C, Özgenç İ. Türk Ceza Hukuku Mevzuatı Birinci Baskı Mart 2007:226-232

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 31.01*2018

TOPLANTI NO : 201803

KARARLAR :

- 1- Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-30-31.01 Protokol no 'lu "Çocukluk ve Yetişkinlik Çağı Cinsel Saldırıların Adli Tıbbi Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul tikelere uygun cıldugaaa.

Oy birliği ile karar ■ erilmiştir.

A S L I G i B İ D İ R

Prof. Dr. Gfınnlr ÖZBAKIŞ DENG İZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı